PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny

TOM VIII. ZESZYT II. MARZEC. KWIECIEŃ. 1913.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chirurgicznego Dra Bronisława Sawickiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Z kazuistyki śródbłoniaków
(Endothelioma)

podał

BRONISŁAW SZERSZYŃSKI.

Grupa śródbłoniaków obejmuje nowotwory, rozwijające się z komórek śródbłonkowych naczyń krwionośnych, chłonnych, przestrzeni chłonnych i szczelin sokowych w tkance łącznej, a — według niektórych autorów — i z komórek, wyścielających jamy surowicze. Nazwę śródbłonka (endothelium) nadał komórkom tym His w r. 1865; pochodzenie ich wyprowadza on z blaszki zarodkowej środkowej, przeciwstawiając je nabłonkowi, pochodzącemu z blaszki zarodkowej zewnętrznej i wewnętrznej. Francuscy autorowie nie uwzględnili rozwojowego stanowiska komórek śródbłonkowych, i zaliczają do tej grupy wszystkie płaskie, jednowarstwowe komórki wyściełające, a więc i komórki torebki Bowmanna oraz pęcherzyków płucnych. Nowsi autorowie niemieccy zaniechali odróżniania śródbłonka od nabłonka; do tej ostatniej grupy zaliczają komórki, wyściełające jamy surowicze, torebki stawowe, pochwy ścięgien, naczynia krwionośne i t. p., nazwy więc „nabłonek“ używają nie

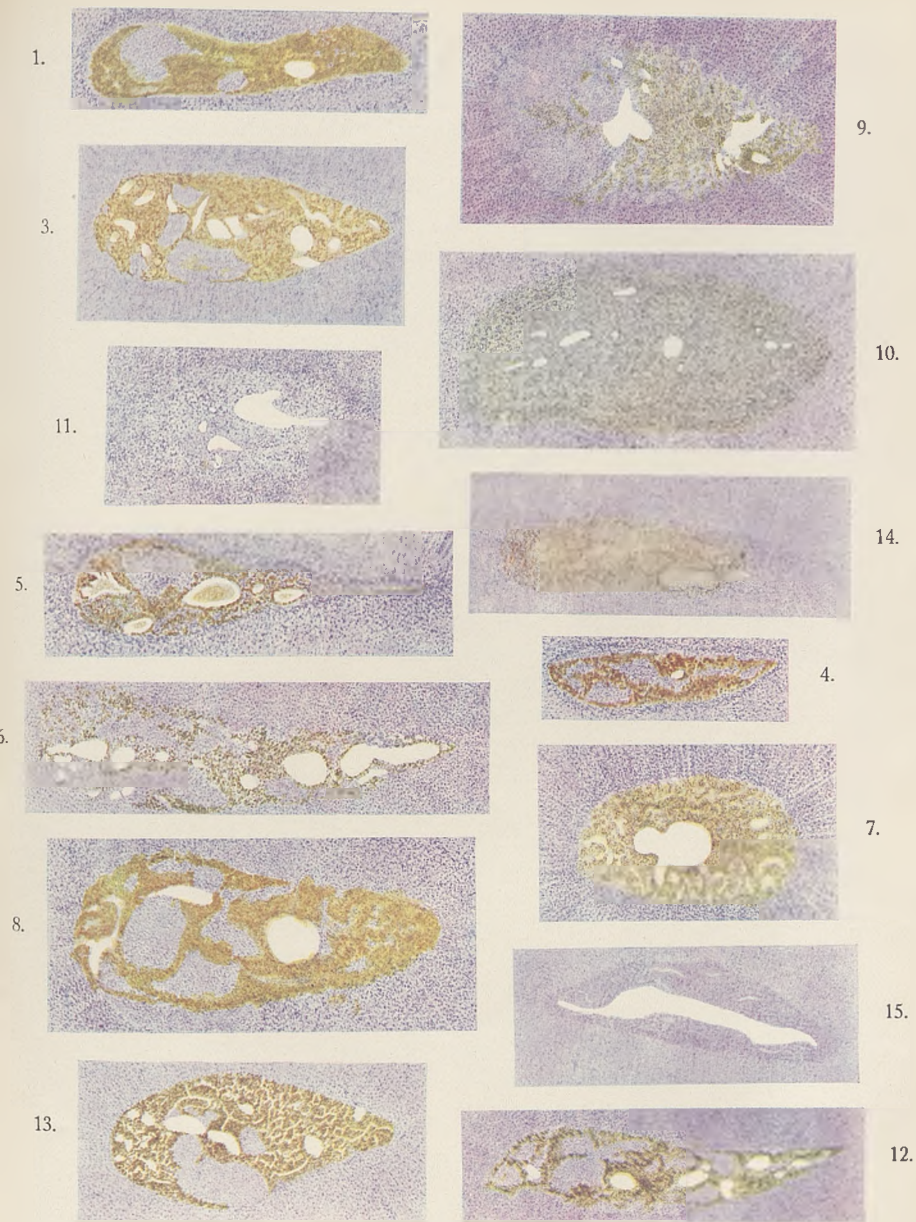
dla określenia rozwojowego stanowiska komórek, lecz wyłącznie w znaczeniu opisowem. Wielu jednak wybitnych patologów trzyma się dawnego podziału komórek wyściełających na nabłonek i śródbłonek, zaliczając do tej ostatniej grupy komórki, wyściełające naczynia krwionośne i chłonne, przestrzenie chłonne opon mózgowych, jamy surowicze oraz szczeliny sokowe tkanki łącznej.

Co się tyczy torebek stawowych, pochew ścięgnowych i kaletek śluzowych, to wyściela je tylko gdzieniegdzie śródbłonek, to znaczy jedna warstwa płaskich komórek, wyraźnie różniących się od głębiej leżących, po większej zaś części mamy tu wielowarstwowo ułożone, płaskie komórki łącznotkankowe, zdradzające tylko pewne podobieństwo do śródbłonka (Braun, Stohr). Również i komórki, wyściełające jamy surowicze, nie wszyscy autorowie uważają za śródbłonkowe, niektórzy nazywają je nabłonkiem, a embriologiczne dociekania Schultzego, Hertwiga i innych nie rozwiązują tej sprawy w sposób niezbity.

Zachowanie się jednak komórek, wyściełających błony surowicze, w różnych sprawach chorobowych, np. w wytwarzaniu łącznotkankowych zrostów zapalnych, dowodzą należenia ich nie do nabłonkowej, lecz do łącznotkankowej grupy — narówni ze śródbłonkiem naczyń krwionośnych i chłonnych.

Wśród licznych rodzajów komórek łącznotkankowych śródbłonek stanowi odrębną grupę, zbliżoną nieco do nabłonka tak swoim kształtem i położeniem w jamach i naczyniach ustroju, jak i własnościami fizyologicznemi, np. zdolnością wchłaniania i wydzielania, oraz zachowaniem się w pewnych sprawach zapalnych przewlekłych (zmiana kształtu na sześcienny lub cylindryczny).

Wobec tej odrębności komórek śródbłonkowych wielu autorów, przedewszystkiem zaś Volkmann, Küttner i Borst, wyodrębniają rozwijające się z nich nowotwory, a to tem bardziej, że posiadają one pewne właściwe im cechy anatomiczne i kliniczne. Przedewszystkiem podkreślić należy zmienność kształtów komórek: czasami są one zbliżone do komórek włóknistej tkanki łącznej, kiedyindziej — przypominają mięsaki lub raki. Następnie, w nowotworach tych występują często zmiany wsteczne, jak zwyrodnienie śluzowe, szkliste, skrobiowate, da-



Tablica do pracy doc. Nowickiego.

jąc obraz niekiedy dość powikłany. Wreszcie, swoistą cechę śródbłoniaków stanowi właściwy im układ komórek: ogniskami, kolumnami, pasmami, przypominającemi gruczolaki, lub raki. Pod względem klinicznym na uwagę zasługuje powolne, częstokroć dziesiątki lat trwające wyrastanie ich, niewielka skłonność do przerzutów, częste natomiast wznowy miejscowe.

Większość autorów dzieli śródbłoniaki na: 1) chłoniakośródbłoniaki (Lymphangioendothelioma) — wychodzące ze śródbłonka naczyń chłonnych, lub szczelin sokowych tkanki łącznej i 2) naczyniakośródbłoniaki (Haemangioendothelioma) — rozwijające się ze śródbłonka drobnych naczyń krwionośnych.

Obraz drobnowidzowy nowotworów pierwszych jest następujący: wśród włóknistej tkanki łącznej widać połączone wzajemnie w wielu miejscach pasma komórkowe w przekroju podłużnym i poprzecznym. Kształtem swoim i układem pasma te do tego stopnia przypominają przestrzenie chłonne, że odnosi się wrażenie, jak gdyby szczeliny tkanki łącznej wypełnione były komórkami. Te ostatnie są płaskie, zupełnie przypominają śródbłonek, i przylegają ściśle do ścian przestrzeni, które wypełniają. Nie wszystkie pasma są jednakowego kalibru: widać, że komórki wypełniają nie tylko naczynia chłonne, lecz i drobne szczeliny sokowe, dając tu zaledwie dwie warstwy ściśle przylegających do siebie płaskich komórek. Prócz tego tu i owdzie widać wprost jeden szereg płaskich komórek, zagłębiający się w tkankę włóknistą, co przypomina tworzenie się naczyń chłonnych. Wspomniane pasma nie zawsze są całkowicie wypełnione komórkami, czasami widzimy wewnątrz nich światła, ograniczone płaskiemi, niekiedy i sześciennemi komórkami, co daje obraz gruczołów rurkowatych. Przestrzenie chłonne, będące siedliskiem bujania śródbłonka, mogą i rozszerzać się, jak to widzimy w chłoniakach jamistych lub torbielowatych. Wogóle chłoniakośródbłoniak można uważać za chłoniak, w którym śródbłonek, wyściełający przestrzenie, ze swej strony zaczyna bujać.

Z powodu kontrastu między podścieliskiem łącznotkankowem a pasmami komórek, podobnych niekiedy do nabłonkowych, śródbłoniaki w pewnych razach przypominają raki, a dokładne rozpoznanie nastręcza wówczas poważne trudności. Gdy ilościowo przeważa podścielisko łącznotkankowe, obraz zdradza

podobieństwo do raka włóknistego. Kiedyindziej komórki śródbłonkowe zaczynają bujać bezładnie i na dużej przestrzeni, zaciera się wtedy siatka z pasm komórkowych lub pojedyncze ogniska, a powstaje rozlany naciek komórkami nowotworu, przypominający pewne wielkokomórkowe, ubogie w podścielisko mięsaki (Sarcoma endotheliale—według Hansemanna, Endothelioma diffusum s. proliferans Borsta). Prócz tych odmian spotykano i takie, które budową swoją przypominają mięsaki o komórkach wrzecionowatych, lub włókniaki (Fibro-endothelioma, Endothelioma fibrosum).

Na obraz drobnowidzowy naczyniakośródbłoniaków składa się w pewnych przypadkach gęsta siatka zazwyczaj rozszerzonych naczyń włosowatych, wysłanych dość wysokiemi komórkami; obecność czerwonych ciałek krwi pozwala je z łatwością odróżnić od tworów nabłonkowych. Częściej śródbłonek wypełnia mniej lub więcej całkowicie światła naczyń, zajmując miejsce czerwonych ciałek i tworząc podobne do wyżej opisanych pasem, lub ognisk komórkowych. Do tej postaci śródbłoniaków niektórzy autorowie, między nimi Borst, zaliczają i obłoniaki (perithelioma), nazywając je Haemangioendothelioma perivasculare, gdy dopiero co opisane—Haemangioendothelioma intravasculare. Obłoniaki, zdaniem niektórych autorów, rozwijają się ze śródbłonka, wyściełającego przestrzenie chłonne okołonaczyniowe.

Oddzielną postać omawianych nowotworów stanowią śródbłoniaki błon surowiczych (Endothelkrebs niektórych patologów). Tworzą one czy to rozlane białawe zgrubienia na powierzchni błony surowiczej, czy też guzowate, czasami dość duże twory, nie przenikające wgłąb pokrytych przez nie narządów. Budowa ich drobnowidzowa przypomina w zupełności wyżej opisane pasma i ogniska, złożone z komórek śródbłonkowych, otoczone tkanką łączną włóknistą, pochodzenia zaś ich nie ustalono dotychczas: według jednych patologów rozwijają się one z komórek, wyściełających jamę surowiczą, inni chcą w nich widzieć nowotwory, rozwijające się ze szczelin sokowych błon surowiczych.

W końcu zaznaczyć należy, że w obrazie drobnowidzowym śródbłoniaków często znajdujemy tkankę śluzową, chrząstkową, kostną lub tłuszczową, kiedyindziej znów widzimy wy-

tworzenie się substancyi szklistej. W pewnych razach chodzi tu, być może, o zwyrodnienie (szkliste np., lub śluzowe), w innych przypadkach można to zjawisko tłomaczyć przetwarzaniem się (metaplasia) tkanek nowotworu w tym lub innym kierunku, niektórzy jednak pisarze przypuszczają zabłąkanie się tkanek różnych formacyi we wczesnym okresie życia płodowego.

Gdy produkty tych przemian tkanki nowotworu występują na pierwszy plan, zmienia się i obraz drobnowidzowy: widzimy albo kule, bryły, wałki z istoty szklistośluzowcj (cylindroma — oblak), albo rozległe zwapnienie (psammoma — piaszczak). Wskutek obecności wspomnianych rodzajów tkanek budowa guzów, wychodzących ze ślinianek, bywa niekiedy dość powikłana, i dlatego nazwano je guzami mieszanymi (Mischtumoren, tumeurs mixtes, mixed tumors).

Co się tyczy umiejscowienia śródbłoniaków, to najczęściej znajdowano je w śliniankach, zwłaszcza w przyusznicy. Według Böhmego w tej ostatniej zdarzają się one 10 razy częściej, niż w śliniance podżuchwowej, a w podjęzykowej stanowią zaledwie 1⁰/₀ ogólnej liczby śródbłoniaków tych gruczołów. Wśród nowotworów ślinianek wogóle śródbłoniaki stanowią znaczną większość: np. w statystyce Küttnera na 97 spostrzeżeń, dotyczących ślinianki podżuchwowej, na śródbłoniaki przypada 64 (raków tylko 5). Do omawianych nowotworów przyusznicy duże podobieństwo tak pod względem anatomopatologicznym, jak i klinicznym zdradzają śródbłoniaki podniebienia, stanowiące znaczną większość wśród nowotworów tej okolicy.

Skóra oraz opony mózgowe stanowią częste siedlisko omawianych guzów, a z innych narządów zaznaczyć należy głównie błony surowicze, kości, gruczoły płciowe.

Wogóle grupa śródbłoniaków była dawniej bardzo rozległa, zaliczano do niej chętnie każdy rodzaj nowotworu o budowie raka, w którym nie udawało się wykryć wyraźnego związku z nabłonkiem narządu, mieszczącego guz. Z czasem jednak pod wpływem teoryi o rozwijaniu się nowotworów z zabłąkanych komórek zarodkowych zaczęto z niedowierzaniem patrzeć na pochodzenie śródbłonkowe pewnych rodzajów tak zwanych śródbłoniaków, wreszcie niektóre z nich wyłączono zupełnie z tej grupy i zaliczono do nowotworów typu nabłonkowego.

Widzimy to np. w stosunku do perlaków (cholesteatoma) czaszki, uważanych dawniej za śródbłoniaki: Boström wykazał ich pochodzenie z zabłąkanych komórek nabłonkowych skóry. W śródbłoniakach ślinianek niektórzy patolodzy fracuscy widzą wprost gruczolaki lub raki, inni—jak Pitance — uważają za nieprawdopodobne pochodzenie komórek miąższowych tych guzów od wysoko zróżniczkowanych komórek nabłonkowych ślinianek, i dlatego sądzą, że rozwijają się one z zabłąkanych tkanek innych formacyi. Cuneo i Veau wyprowadzają ich pochodzenie z resztek układu skrzelowego, Forgue i Massabuau widzą w niektórych guzach mieszanych płodziaki (embryomes).

W Niemczech do niedawna na zasadzie prac Volkmanna, Kaufmanna, Küttnera i innych uważano omawiane nowotwory ślinianek za śródbłoniaki. W ostatnich jednak latach Wilms, Ribbert, Hinsberg wypowiadają się na korzyść nabłonkowej ich natury, mianowicie na korzyść pochodzenia ich z zabłąkanych zawiązków komórkowych. Uciskiem ze strony sąsiednich, rozwijających się narządów tłómaczą oni wydłużony, przypominający śródbłonek, kształt komórek nowotworów, a domieszkę tkanki śluzowej lub chrząstkowej — rozwojem resztek układu skrzelowego. Z amerykańskich autorów Wood uważa nabłonkowy charakter komórek miąższowych tych guzów za prawdopodobny, w 24% badanych, własnych preparatów — za niewątpliwy, a pochodzenie ich śródbłonkowe za niedowiedzione.

To samo da się powiedzieć o tak zwanych śródbłoniakach podniebienia. W Niemczech na zasadzie prac Volkmanna, Kaufmanna, Nassego i innych powszechnie uważano je dawniej za śródbłoniaki, we Francyi—za guzy nabłonkowe. (Berger np. 1897 — tłómaczy ich pochodzenie rozrastaniem się gruczołów śluzowych). W ostatnich latach i niemieccy autorowie, jak Krompecher, Wilms, Ribbert, Hinsberg, Coenen zwracają się przeciwko śródbłonkowej naturze guzów podniebienia i wyprowadzają ich pochodzenie z zabłąkanych zawiązków komórkowych (Keime) gruczołów podniebienia.

Podobny los spotkał i guzy, brane dawniej za śródbłoniaki skóry. Krompecher nazywa je wszystkie nowotworami nabłonkowymi, wychodzącymi z głębokich warstw nabłonka skóry (Basallzellenkrebs), Borrmann pochodzenie ich wyprowadza z zabłąkanych komórek nabłonkowych głębokich warstw

skóry (Basalzellen), Coenen zaś jest tego samego zdania — przynajmniej co do większości tak zwanych śródbłoniaków skóry.

Pod względem klinicznym śródbłoniaki charakteryzuje przedewszystkiem bardzo powolny rozwój. Opisano spostrzeżenia, w których guzy takie nosili chorzy 40—50 i więcej lat (Heath, Defontaine). Zazwyczaj szybsze powiększanie się guzika czy to pod wpływem urazu, czy też samoistne zniewala chorego do szukania porady chirurga. Podczas wyłuszczania znajdujemy zwykle guz dobrze odgraniczony, posiadający otoczkę i dający się łatwo wyłuszczyć. Kolaczek otoczkę znajdował przeszło w połowie wszystkich śródbłoniaków, Nasse na 31 przypadek śródbłoniaków ślinianek tylko raz otoczki nie znalazł. Volkmann kładzie duży nacisk na ten szczegół, tłómacząc nim dobrotliwy często przebieg cierpienia. Czasami jednak guzik bywa ściśle spojony z otoczeniem (np. ze ślinianką lub ze skórą), może przylegać dość ściśle do okostnej, w kość jednak wżera się rzadko. Po wyłuszczeniu guz w wielu przypadkach nie odrasta, w innych — już po dość krótkim przeciągu czasu, kiedyindziej dopiero po kilku, lub kilkunastu latach występuje wznowa. Wznowy te bywają częste i uporczywe, np. Billroth w ciągu 23 lat 9 razy operował z tego powodu chorego ze śródbłoniakiem ślinianki podżuchwowej. Występują one w tem samem miejscu, co guzik pierwotny, lub w najbliższem jego sąsiedztwie, czasami więcej odśrodkowo: gdy pierwotne cierpienie zajmowało palec, wtórny guz może rozwinąć się na dłoni lub ramieniu; kiedyindziej znów wtórny guz rozwija się w miejscu, zupełnie niezależnem od pierwszego, np. na innym palcu. Eriksson opisuje spostrzeżenie, dotyczące 59 letniego mężczyzny, który od trzeciego roku życia miał guzik na prawym wskazicielu. W 18-ym roku życia musiano amputować palec, a po dłuższym przeciągu czasu wytworzył się guz na paluchu, który amputowano w 30 roku życia chorego. Przez 26 lat następnych osobnik ten był zupełnie zdrów, poczem rozwinęły się guzy na ramieniu i łopatce (tej samej kończyny?), co zmusiło do wykonania rozległego wyłuszczenia. Dalszy los chorego niewiadomy.

Wznowy po wyłuszczeniu nowotworu nie dowodzą jeszcze przejścia w złośliwy, gdyż guzy wtórne częstokroć są równie

dobrotliwej natury, jak guz pierwotny. Być może, mamy tu do czynienia z rozrastaniem się pozostawionych podczas zabiegu cząsteczek otoczki lub miąższu guza, kiedyindziej—z wieloogniskowem powstawaniem nowotworu, z pewnem usposobieniem miejscowem, lub ogólnem do wytwarzania tego rodzaju guzów.

Wreszcie, w pewnej liczbie spostrzeżeń cierpienie ma przebieg złośliwy czy to od samego początku, czy dopiero po dłuższym przeciągu czasu powolnego rozwoju. W niektórych przypadkach nowotwór pozostaje cierpieniem miejscowem, szerzy się jednak na otaczające narządy i prowadzi do charłactwa, w innych—obok niewielkiej rozciągłości pierwotnego nowotworu występują liczne przerzuty w gruczołach chłonnych i narządach wewnętrznych. Przerzuty te niektórzy uważają za mięsaki: widzimy to np. w spostrzeżeniu Nassego, w którem obok guza mieszanego ślinianki podżuchwowej stwierdzono mięsakową naturę przerzutów w gruczołach chłonnych. Często jednak zdarza się, że przerzuty mają tę samą budowę, co nowotwór pierwotny, odtwarzając nawet takie szczegóły, jak obecność tkanki chrząstkowej i inne. W związku ze wspomnianą przemianą śródbłoniaka w mięsak zasługuje na uwagę pogląd Borsta na tę sprawę: śródbłoniaki pod wpływem ożywionego bujania komórek z guza o budowie ogniskowej przejść mogą w twór, przypominający mięsak; mocno rozszerzone i całkowicie wypełnione komórkami przestrzenie chłonne mogą wtedy tak ściśle przylegać do siebie, że tkanka podścieliska ulega zanikowi i tylko gdzieniegdzie pozostaje z niej wąziutkie pasmo; byłoby błędem jednak, zaznacza Borst, nazywać przemianę tę przejściem w mięsak, najwłaściwsza nazwa dla takiego nowotworu — endothelioma proliferans medullare.

W oddziale Dra B. Sawickiego miałem sposobność spostrzegać dwa przypadki śródbłoniaków, które poniżej przytaczam wraz z trzema spostrzeżeniami z prywatnej praktyki Dra Sawickiego, a to ze względu zarówno na interesujący obraz drobnowidzowy otrzymanych preparatów, jak i na godne uwagi szczegóły kliniczne.

Spostrzeżenie I. 36 letnia izraelitka S., żona przemysłowca, zgłosiła się do Dra Sawickiego w lutym 1909 r. z powodu guzika w okolicy prawej przyusznicy, który zauważyła przed kilkoma laty. Od 3 miesięcy guzik rośnie szybciej, i to zniewoliło chorą do leczenia się. Podczas badania znaleziono w okolicy gałęzi wstępującej żuchwy na stronie prawej guzik twardy, sprężysty, wielkości orzecha włoskiego. Pokrywająca go skóra nie zmieniona, ruchoma. Operacya, wykonana w zakładzie prywatnym, wykazała co następuje: guzik leżał w głębi przyusznicy tak, że dla dosięgnięcia go trzeba było naciąć tkankę ślinianki; składał się on z tkanki białawej, kruchej, dość suchej na przekroju, od gruczołu był dość ostro odgraniczony; tylko w przedniej części łączył się ściśle z tkanką gruczołową. Po usunięciu guzika pozostała spora jama, do której po częściowem jej zaszyciu wprowadzono szklany sączek. Zagojenie przez rychłozrost. Chora pozostaje dotychczas w obserwacyi, wznowy nie ma.

W obrazie drobnowidzowym guza główną masę stanowi tkanka, bogata w komórki owalne lub wielokątne, ugrupowane w niewielkie ogniska, lub występujące w postaci sznurów, często rozgałęzionych. Między nimi mniej lub więcej obficie rozwinięta delikatna włóknista tkanka łączna z naczyniami o ścianach cienkich. W niektórych miejscach widać wyraźnie, że punktem wyjścia ognisk i sznurów komórkowych jest bujający śródbłonek, wyściełający drobne szpary. Światło tych ostatnich jest miejscami zachowane. Są to szpary chłonne, gdyż w podścielisku prócz nich widać liczne światła naczyń krwionośnych, których śródbłonek bujania nie przedstawia. W innych miejscach obraz różni się tem, że podłoże stanowi szklista masa, przeważająca nad ogniskami komórkowemi, które zdają się wśród niej rozpływać.

Spostrzeżenie II. 20 letnia M. W., córka włościanina, zapisała się do szpitala w czerwcu 1911 r. z powodu guzika na podniebieniu, który spostrzegła po raz pierwszy przed dwoma laty. Na miękkiem podniebieniu na stronie lewej znaleziono miękki guzik wielkości jaja gołębiego, zaczynający się od zęba mądrości i dochodzący do linii środkowej. Po znieczuleniu nowokainą wyłuszczono z pod śluzówki w części podważką, w części za pomocą nożyczek guzik, wielkości orzecha włoskiego, torbielowatej budowy, zawierający tkankę kruchą, twardą, suchą, szarą, o wyglądzie nowotworu. Brzegi śluzówki połączono szwami ze struny. Chorą wypisano po dziesięciu dniach zagojoną, dotychczas jest ona zdrowa.

Na obraz drobnowidzowy składa się łącznotkankowe podścielisko delikatnej włóknistej budowy, dość ubogie w komórki, oraz ogniska komórkowe, mniej lub więcej wyraźnie od podścieliska odgraniczone. Ogniska złożone są z komórek drobnych, równej wielkości, okrągławych, lub krótkich owalnych, połączonych mniej lub więcej ściśle. Niektóre gromady komórek wyraźnie wypełniają światło, wysłane śródbłonkiem, w innych nie jest to widoczne. Miejscami wyściełająca warstwa śródbłonka zdaje się wyraźnie tworzyć grubą z paru szeregów złożoną warstwę komórek przy ścianie.

Spostrzeżenie III. 49 letnia szwajcarka, nauczycielka, zgłosiła się do Dra Sawickiego w maju 1909 r. z powodu spostrzeganego od kilku miesięcy i stale powiększającego się twardego obrzmienia po za lewym kątem żu-

chwy. Badaniem stwierdzono guz, wielkości mandarynki, umiejscowiony głównie w dole pozażuchwowym, skąd przechodzi i na gałęź wstępującą żuchwy, oraz policzek. Prawie zupełne porażenie lewego nerwu twarzowego. Rozpoznano nowotwór złośliwy. Podczas operacyi, wykonanej w zakładzie prywatnym, podwiązano tętnicę szyjną zewnętrzną, która szła przez środek guza, poczem guz bez większych trudności usunięto. Światło tętnicy w guzie było znacznie mniejsze, niż poniżej. Rana zagoiła się szybko bez powikłań, zastosowano kilka naświetleń promieniami Roentgena.

W rok po operacyi w bliźnie na dnie zaklęśnięcia po za kątem żuchwy zaczęło wytwarzać się stwardnienie; usunięto je, wycinając tkanki aż do bocznej ściany przełyku, rany nie zaszywano. Wkrótce po operacyi zaczęto naświetlać radem. W listopadzie 1911 r. na bliźnie oraz w okolicy przyczepu mięśnia sutkowomostkowoobojczykowego do wyrostka sutkowego wytworzyło się stwardnienie, które, jak wykazało badanie dwuręczne, z dna jamy pooperacyjnej przechodzi na boczną ścianę przełyku. Pod wpływem naświetlań radem stwardnienie to zaczęło początkowo zmniejszać się, gdy jednak po upływie kilku miesięcy stwierdzono powiększenie się guza, usunięto go w kwietniu 1912 r. Okazało się wtedy, że składał się on z trzech oddzielnych części: dwie wielkości małej śliwki każda, trzecia — mniejsza. Guziki te były twarde, dość wyraźnie odgraniczone od otoczenia tak, że wyłuszczenie ich nie nastręczało większych trudności. Położone one były przy bocznej ścianie gardzieli, i szły dość wysoko w kierunku podstawy czaszki. Wreszcie po raz czwarty chora operowana była w październiku 1912 r., kiedy to wyłuszczono dwa wyraźnie odgraniczone guziki wielkości bobu w okolicy stawu żuchwowego lewego.

Badanie drobnowidzowe pierwotnego guzika wykazało, że pokrywa go wyraźna otoczka łącznotkankowa, do której z jednej strony przylega niewielka ilość tkanki gruczołowej typu ślinianki. Masę guza stanowi tkanka łączna włóknista, oraz ogniska komórkowe, nierównomiernie rozłożone wśród podścieliska. Ogniska te są różnej wielkości, często o wyraźnych granicach, złożone z komórek o jądrach owalnych lub okrągłych, pęcherzykowatych, otoczonych niewielką ilością zarodzi. Ogniska leżą w światłach, wysłanych śródbłonkiem. Komórki nie zawsze ściśle wypełniają światła, są rozproszone, między niemi znajduje się przezroczystawa, bezpostaciowa substancya, która miejscami przeważa. Jakkolwiek komórki ognisk mogą robić wrażenie nabłonkowych, to jednak powstawanie mas komórkowych ze śródbłonka jest miejscami wyraźne.

Obraz drobnowidzowy guzika, wyciętego podczas drugiej operacyi, w zupełności przypomina poprzedni z tą tylko różnicą, że tu nie znaleziono ani otoczki, ani resztek tkanki ślinianki, natomiast podścielisko guza wyglądem swoim przypomina chrząstkę, przedstawia jednak wyraźną włóknistość. Badanie drobnowidzowe trzeciego preparatu też nie wykazuje ani otoczki, ani tkanki ślinianki, wspomniana bezpostaciowa, przezroczystawa substancya obecna jest w dużej ilości, na obwodzie widać tu i owdzie tkankę zgorzelinową. Wreszcie, guziki, wyłuszczone podczas czwartego zabiegu, posiadają otoczkę, przylega do niej trochę tkanki ślinianki, a sam nowotwór budową swą nie różni się od poprzednich preparatów.

Spostrzeżenie IV. 61 letnia P. od kilkunastu lat cierpiała na bóle w lewej okolicy lędźwiowej, którym towarzyszyły zmiany w moczu. W ostatnich czasach bóle znacznie wzmogły się. Badaniem stwierdzono, co następuje. Chora blada, wyniszczona, stan podgorączkowy. W lewej okolicy podżebrowej wyczuwa się twardy, bolesny, niezupełnie gładki guz, chowający się pod łuk żebrowy, od strony lędźwi wyczuwany dość wyraźnie, przy ruchach oddechowych mało ruchomy. Mocz, o ciężarze gatunkowym 1005, zawiera sporą ilość białych ciałek krwi, wałki komórkowe i szkliste, niewielką ilość białka. Oddzielnie zebrany za pomocą cewnika moczowodowego mocz z prawej nerki zawiera niewielką ilość białych ciałek krwi, c. g. 1010. Rentgenogram wykazał obecność paru kamieni w guzie na stronie lewej. Wobec tego w listopadzie 1910 r. Dr. Sawicki cięciem lędźwiowem skośnem przedostał się do guza, który okazał sie powiększoną znacznie nerką.

Od góry dała się ona łatwo wyłuszczyć, natomiast w dolnej części ściśle przylegała do otrzewnej i do pozaotrzewnowej części okrężnicy zstępującej tak, że w miejscu tem wypadło oddzielać nożem. Podczas oddzielania nerki od okrężnicy w ścianie tej ostatniej znaleziono stwardnienie, przechodzące i na miękką pozatem nerkę. Stwardnienie to tworzyła krucha,i szara tkanka o wyglądzie nowotworu złośliwego Nie chcąc wycinać kiszk dla złego stanu chorej, poprzestano na możliwie doszczętnem usunięciu nożem nowotworu z powierzchni kiszki, nerkę zaś usunięto po podwiązaniu naczyń i możliwie nizkiem odcięciu moczowodu. Ranę częściowo zaszyto, pozostawiając otwór, przez który wprowadzono pas gazy.

Usunięta nerka przedstawiała zwykły obraz, spotykany przy długotrwałem roponerczu. Cały miąższ nerki był w stanie zaniku, natomiast miedniczka wraz z kielichami bardzo rozciągnięta, wypełniona ropą, zmieszaną z moczem, i zawierała kilka kamieni moczowych. Dolny i przedni odcinek nerki wyglądał zupełnie inaczej: tworzyła go szarosina, krucha, łatwo rwąca się, niezbyt unaczyniona tkanka.

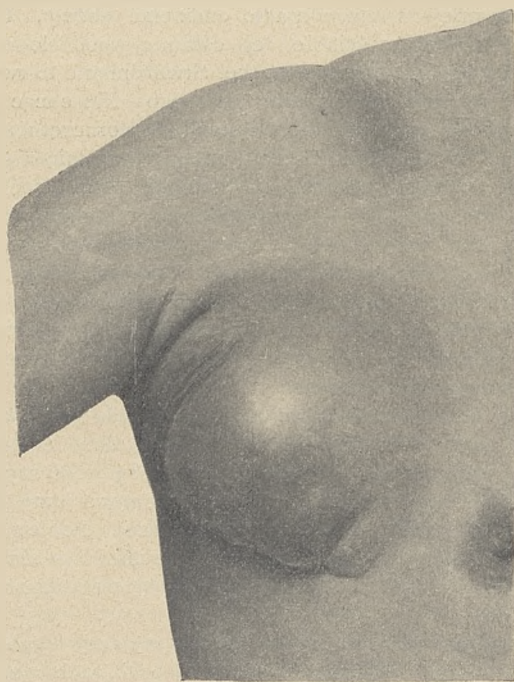
Po zabiegu chora początkowo szybko zaczęła poprawiać się, już po miesiącu jednak znów wystąpiły bóle w lewej okolicy lędźwiowej, a w lewem podżebrzu wyczuwano niewielki guz, który dość szybko zaczął powiększać się. Wobec tego w końcu grudnia otworzono jamę brzuszną i znaleziono spory guz w ścianie okrężnicy zstępującej. Ponieważ obok niego stwierdzono sporo drobnych guzików na otrzewnej i w sieci, ograniczono się do próbnego cięcia brzucha. Chora wkrótce potem zmarła wśród objawów wyniszczenia.

Badanie drobnowidzowe części nerki, mającej wygląd nowotworu, wykazało, co następuje. Tkanka właściwa nerki zachowana, jakkolwiek zmieniona. Nowotwór występuje w postaci ognisk komórkowych różnej wielkości, przeważnie odgraniczonych wyraźnie od otoczenia, składających się z owalnych i wielokątnych komórek ze sporemi, owalnemi jądrami. Ogniska rzadko są ścisłej budowy, przeważnie złożone są z drobnych skupień komórek, między któremi znajduje się substancya międzykomórkowa. Są miejsca, gdzie komórki występują w znacznych masach, rozproszone wśród tkanki, co przypomina obraz mięsaka.

Na tej zasadzie, że nowotwór miejscami ma charakter ogniskowy, to znów występuje w postaci rozproszonych bezładnie mas komórkowych, zrobiono rozpoznanie śródbłoniaka.



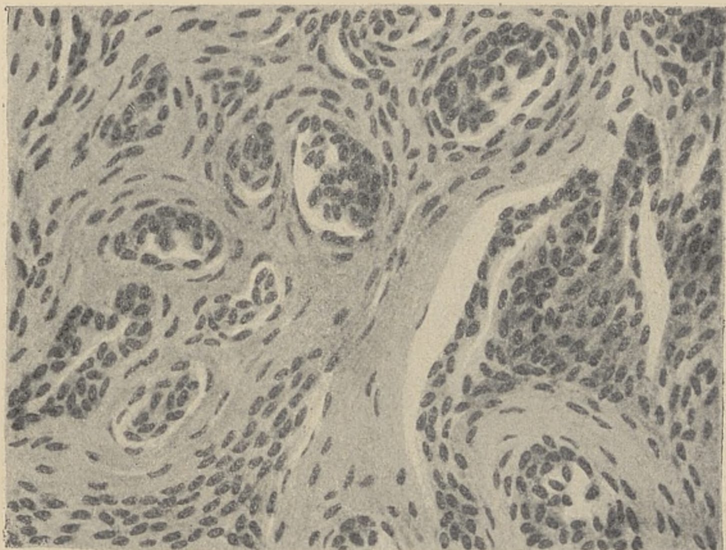
Rys. 1.



Rys. 2.

Spostrzeżenie V. 45 letni A. P., rysownik, od 8 roku życia miał na paluchu prawej ręki brodawkę, wielkości ziarna grochu, którą przed rokiem zerwał. Rana zaczęła ropieć i nie zagoiła się dotychczas. W 2 miesiące

po zerwaniu brodawki spostrzegł pod prawą pachą guzik, wielkości orzecha laskowego, niebolesny, ruchomy, który od kilku tygodni szybciej powiększa się. Na tylnowewnętrznej powierzchni pierwszego paliczka palucha prawej ręki znaleziono owrzodzenie (rys. 1) długości $1^{1}/_{2}$ cm., szerokości 1 cm., dość głębokie, z dnem, pokrytem bladą, miękką, krwawliwą ziarniną, z brzegami równo ściętymi. Dokoła owrzodzenia stwardnienie wielkości 3 cm. × × 5 cm., pokryte sinawą, nieruchomą skórą, zajmujące całą grzbietową, a po części i wewnętrzną powierzchnię pierwszego paliczka. Na bocznej ścianie klatki piersiowej, tuż poniżej dołu pachowego, stwierdzono obecność

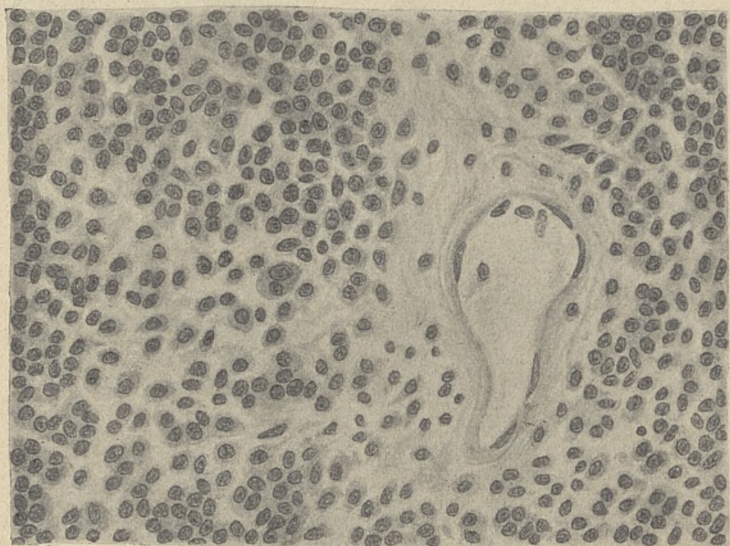


Rys. 3.

guza, wielkości pięści (rys. 2), mało ruchomego, miękkawego, pokrytego obrzmiałą, sinoczerwoną skórą. Składa się on z kilku mniejszych guzów, czemu odpowiadają cztery poprzeczne przewężenia w skórze.

Po zapisaniu chorego do szpitala (22 maja 1910) wycięto mały klin z brzegów owrzodzenia na paluchu dla zbadania drobnowidzowego, które wykazało co następuje. Dolne brodawkowate wydłużenia warstwy nabłonkowej skóry są wszędzie w związku z warstwą zewnętrzną, a wygląd nabłonka nie przedstawia zmian podejrzanych. Wśród podścieliska, które stanowi włóknista tkanka łączna, widać niewyraźnie ograniczone, drobne ogniska, złożone z komórek drobnych, wrzecionowatych (rys. 3). W jednem miejscu ogniska występują liczniej, i są większe. Komórki tych ognisk miejscami dość wyraźnie powstają z bujania śródbłonka drobnych świateł, prawdopodobnie naczyń krwionośnych.

W dwa tygodnie potem wykonano zabieg, polegający na wyłuszczeniu guza pod pachą. Pod koniec zabiegu, wykonanego w uśpieniu chloroformowem, chory zbladł, tętno osłabło i dlatego zaniechano zamiaru wyłuszczenia palucha. Pozostały po zabiegu niewielki brak skóry, który nie dało się pokryć, goił się dość wolno. Już po trzech tygodniach zauważono szereg drobnych guzików wzdłuż przedniego brzegu mięśnia sutkowomostkowoobojczykowego prawego i większy nieco pod lewą pachą. Chory zaczął słabnąć, obok tego wystąpiły bóle początkowo w kończynach dolnych, później w grzbiecie i lędźwiach, wreszcie — osłabienie zdolności ruchowej



Rys. 4.

wszystkich kończyn i tułowia o charakterze wiotkim, oraz osłabienie czucia wszystkich rodzajów na kończynach dolnych i tułowiu. Po upływie 6 tygodni po zabiegu dokoła niezagojonej jeszcze rany pod pachą znaleziono szereg guzików twardych, zaczynający się od dolnego brzegu mięśnia piersiowego a kończący się przy zewnętrznym brzegu łopatki. Na szyi z obu stron i pod lewą pachą liczba guzików i wymiary ich powiększyły się. Chory coraz bardziej słabł, guzy pod prawą pachą szybko rosły, i w dwa miesiące po zabiegu chory zmarł wśród objawów wyniszczenia.

Podczas badania pośmiertnego znaleziono przerzuty w postaci szaro-różowych guzików różnej wielkości w płucach, wątrobie, w otoczce tłuszczowej nerek. Badania mózgu i rdzenia nie można było dokonać. Bada-

niem drobnowidzowem przerzutów stwierdzono, że nowotwór w nielicznych miejscach miał słabo zaznaczony charakter ogniskowy, przeważnie zaś występował pod postacią mięsaka (rys. 4).

Nie dotykając histogenezy opisanych pięciu guzów, względnie — ich natury (śródbłoniakowej, czy też — jak chcą niektórzy — nabłoniakowej), podkreślę tylko niektóre szczegóły anatomopatologiczne i kliniczne. Pierwsze trzy nowotwory występują pod postacią ściśle odgraniczonych od otoczenia guzików, a obok tego widzimy łagodny przebieg cierpienia. Nawet w trzeciem spostrzeżeniu nie możemy parokrotnej wznowy uważać za przejście w nowotwór złośliwy, gdyż nowe guziki wyłuszczają się łatwo i rozwijają się w tej samej okolicy. Być może — są to twory, rozwijające się niezależnie jeden od drugiego z rozproszonych zawiązków bądź to przyusznicy, bądź to układu skrzelowego. Inny obraz widzimy w dwóch ostatnich spostrzeżeniach. Guz ściśle zlewa się z tkanką otaczającą, daje przerzuty, w obrazie drobnowidzowym zmienia budowę ogniskową na rozlane nacieczenie nowotworowe, przypominające mięsak, i w ciągu względnie krótkiego czasu prowadzi do śmierci wskutek wyniszczenia. W ostatniem spostrzerzeniu, gdyby nie widoczne odrazu przerzuty nowotworu, nie możnaby było przewidzieć takie zajście na zasadzie niewinnego napozór obrazu drobnowidzowego guzika na paluchu.

PIŚMIENNICTWO.

Bayon. On perithelioma and endothelioma and their position in oncology. Brit. med. J. 1907, November.

Bolognesi. Endotheliom der submaxill. Speicheldrüse. Langenbeck's Arch. Bd. XCIII, H. 3.

Borst. Die Lehre von den Geschwulsten. Wiesbaden. 1902.

Coenen. Ueber Endotheliome der Haut. Archiv. f. Kl. Chir. Bd. LXXVI.

Coenen. Ueber Gaumengeschwülste. Archiv. f. Kl. Chir. Bd. LXXV.

Chevassu. Tumeurs de la glande sous-maxillaire. Revue de chir. r. 1910, tom I.

Hansemann. Die Beziehung gewisser Sarcome zu den Angiomen. Zeitschr. f. Krebsforschung. Bd. III, H. 2.

Howard and Crile. A contribution to the knowledge of endothelioma and perithelioma of bone. Annals of Surgery. 1905, t. XXXXII.
Küttner. Die Geschwülste der submaxillar. Speicheldrüse. Beitr. z. Kl. Chir. Bd. 16.
Ligabue. Contributo allo studio degli endoteliomi dell'ovaio. Policlinico' Sez. chir. 1910. XVIII. 1.
Volkmann. Ueber endotheliale Geschwülste, zugleich ein Beitrag zu den Speicheldrüsen- und Gaumentumoren. D. Zeitschr. f. Chir. Bd 41.
Wodd. The mixed tumors of the Salivary glands. Ann. of Surg. 1904 — 39.

Z oddziału chirurgicznego Dr. A. Ciechomskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Wynicowanie pęcherza moczowego (ectopia vesicae)
Wytworzenie nowego pęcherza i cewki

podał

JAN KIEŁKIEWICZ.

Walka ze strasznem kalectwem, jakiem jest wynicowanie pęcherza moczowego, datuje się od r. 1851, kiedy to chirurg angielski Simon próbował za pomocą wszczepienia moczowodów do kiszki grubej odprowadzić do niej mocz. Właściwie atoli metodę tę udoskonalił i rozpowszechnił Maydl (1892). Metoda ta szybko zdobyła sobie prawo obywatelstwa. Ma ona jednak tę zasadniczą wadę, że ujścia moczowodów stykają się bezpośrednio z zakażoną treścią kiszek, osobniki więc po takiej opeıacyi narażone są na niebezpieczeństwo wstępującego zakażenia nerek.

Dalsze usiłowania chirurgów miały na celu osłabienie tego niebezpieczeństwa. Ukazują się więc metody operacyjne Boreliusa, Müllera, Descompsa, Gersunyego i innych, polegające na częściowem wyłączeniu kiszki grubej i wszczepieniu moczowodów do tej ostatniej. Kilka przykładów wystarczy, by zrozumieć przewodnią myśl tych metod operacyjnych. Borelius np. wykonywa zespolenie dwóch odcinków esicy, a to w celu skierowania zawartości kiszek przez nowy otwór. W wyłączoną w ten sposób część esicy wszczepia moczowody.

Müller wprost przecina esicę, i dolny odcinek (odprowadzający) wszczepia w górny (doprowadzający) w ten sposób,

by pozostał wyłączony odcinek kiszki ponad miejscem zespolenia. Do wyłączonego odcinka wszywa trójkąt pęcherzowy. Berg wycina pętlę jelita cienkiego i jeden jej koniec wpuszcza do esicy, drugi łączy z moczowodami. Gersuny przecina esicę, zamyka odcinek odprowadzający i wszczepia doń moczowody, odcinek zaś doprowadzający ściąga ku dołowi drogą cięcia, wykonanego z przodu odbytu, i następnie wszczepia go do odbytnicy. Metoda Descompsa różni się tym szczegółem od metody Gersunyego, że wszczepianie esicy do odbytnicy uskuteczniamy nie drogą cięcia kroczowego, lecz przez jamę brzuszną.

Wszystkie te metody zasadniczo sprawy nie zmieniają, t. j. nie usuwają możliwości zakażenia wstępującego nerek wskutek stykania się ujść moczowodów z treścią kiszki.

W r. 1908 ujawnił się w tej sprawie znaczny postęp.

Verhoogen zastępuje usunięty z powodu nowotworu złośliwego pęcherz moczowy wyłączoną kiszką ślepą, wyrostek robaczkowy zużytkowywa jako cewkę, który to wyrostek przesuwa przez mięśnie i wszczepia w skórę. W r. 1910 Makkas stosuje tę metodę w wynicowaniu pęcherza moczowego. Lengemann (1912) posiłkuje się metodą Verhoogena w raku pęcherza moczowego. Modyfikuje ją, wyłącza bowiem nie tylko ślepą kiszkę, lecz również odcinek jelita krętego i całą okrężnicę wstępującą. Otrzymuje zbiornik, mieszczący około 500 $cm.^3$ moczu. Chorzy jednak po tej operacyi moczu nie trzymają, muszą posiłkować się cewnikiem i zaciskadłem.

W r. 1911 chirurg paryzki Cuneo idzie dalej. Wyłącza on, mianowicie, pętlę kiszki cienkiej, wszczepia ją w zwieracz odbytu, i w wytworzony w ten sposób zbiornik, odpowiadający wszystkim warunkom dobrze działającego pęcherza moczowego — bo aseptycznego, zaopatrzonego w cewkę, a co najważniejsza — zaopatrzonego w przyrząd, utrzymujący mocz w zbiorniku, wszczepia moczowody.

Jednocześnie z pomysłem Cuneo ukazuje się metoda operacyjna Heitz-Boyera i Hovelacque'a, mająca to samo założenie, a mianowicie — wytworzenie zbiornika możliwie aseptycznego, oddzielonego od reszty kiszek i uzbrojonego w naturalne zaciskadło w postaci zwieracza odbytu. Heitz Boyer i Hovelacque używają innych środków, by dojść do zamierzonego celu. Za zbiornik do moczu obierają odbytnicę. W tym celu przecinają

esicę na wysokości trzeciego kręgu krzyżowego, odprowadzający odcinek zaszywają i wszczepiają w niego moczowody. Doprowadzający zaś odcinek esicy ściągają ku dołowi drogą cięcia na tylnym obwodzie odbytu. W celu ułatwienia przesunięcia esicy pomiędzy śluzówką i mięśniówką odbytu wycinają kość ogonową. Ostatecznie zwieracz odbytu obejmuje dwie kiszki: z przodu odbytnicę, z tyłu esicę.

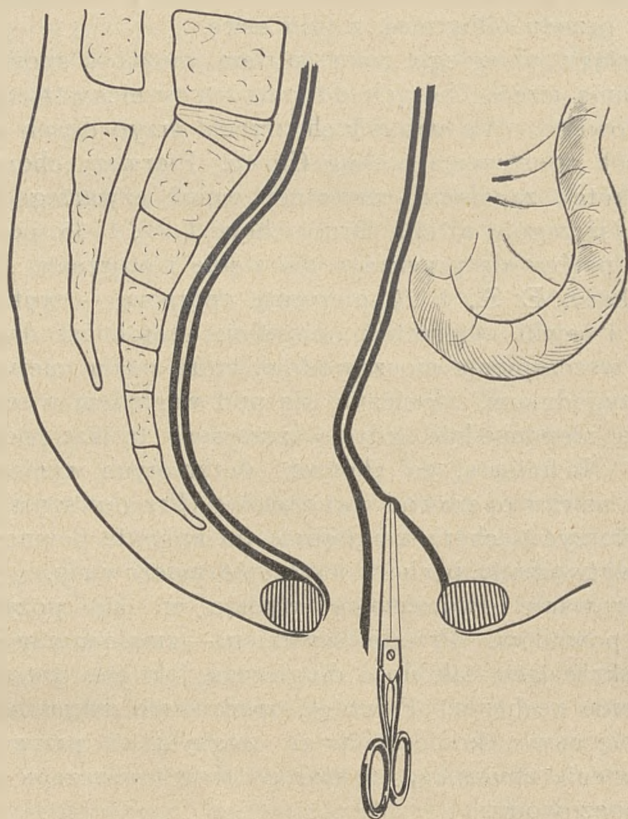
W ciągu ubiegłego roku miałem możność spostrzegania i operowania trzech chorych, dotkniętych wynicowaniem pęcherza moczowego. We wszystkich trzech przypadkach stosowałem sposób operowania podług Cuneo. Pierwszy chory W. S., l. 18, wskutek zapalenia otrzewnej zmarł czwartego dnia po operacyi (szczegóły niżej). Drugi chory I. B., l. 35, po szeregu operacyi pozbył się przykrego dla siebie i otoczenia kalectwa. Trzeci chory, E. S., l. 24, pierwszą operacyę — wytworzenie pęcherza i cewki — przebył pomyślnie, natomiast druga operacya — wszczepienie moczowodów, która miała miejsce przed kilkoma tygodniami, zakończyła się pod względem wyniku operacyjnego niepomyślnie, gdyż wszczepiony trójkąt pęcherzowy obumarł. Nadmienię, że chorych, dotkniętych wynicowaniem pęcherza, należy operować dwuczasowo. Przedewszystkiem należy wytworzyć pęcherz, a następnie po upływie pewnego czasu w nowowytworzony pęcherz wszczepić moczowody.

Operowanie dwuczasowe wydaje mi się pożytecznem z dwóch powodów. Przedewszystkiem — zmniejszamy ciężkość zabiegu, skracając i tak dość długi czas, jaki jest potrzebny na wytworzenie pęcherza. Powtóre, operowanie dwuczasowe wydaje mi się nawet koniecznem ze względu na przygotowanie i wyjałowienie zbiornika, do którego mamy wszczepić w przyszłości moczowody.

Najpierw przystąpię do szczegółowego opisu przypadku drugiego, zakończonego pod każdym względem pomyślnie, a to w tym celu, żeby błędy, popełnione w pierwszym przypadku, jak również powikłania pooperacyjne, powstałe w trzecim przypadku, stały się dla czytelnika jasnymi i zrozumiałymi.

U chorego I. B. (II przyp.), zanim przystąpiłem do właściwej operacyi wytworzenia pęcherza, zbadałem nerki i stwierdziłem roponercze prawostronne. Codzienne przemywania rozczynem azotanu srebra chorej nerki

stanu jej nie zmieniły, codziennie bowiem wypuszczałem cewnikiem około 300 cm.[3] moczu z ropą. Przewidując, że będę miał w przyszłości do czynienia z dwukrotnem otwarciem jamy brzusznej, a więc—z możliwością zakażenia tej ostatniej, a nadto przewidując, że moczowód, przez który płynie ropa, będzie miał bardzo niekorzystne warunki wgojenia się, postanowiłem

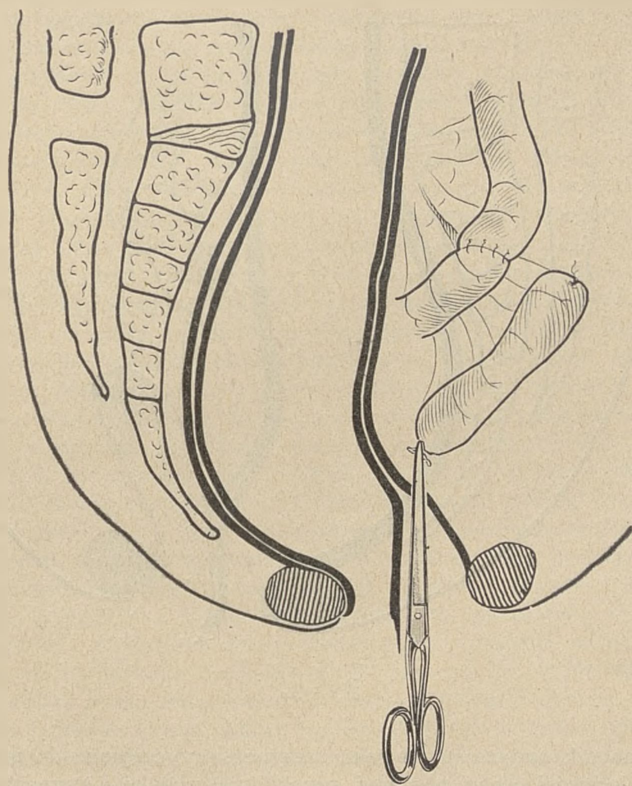


Rys. 1.

wobec doskonałej czynności lewej nerki prawą usunąć—co też d. 20 lutego 1912 r. uczyniłem (nephrectomia et uretherectomia totalis).

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Pozostała niewielka przetoka, prowadząca w kierunku kikuta moczowodowego, która po wstrzyknięciu pasty bismutowej szybko zagoiła się. W półtora miesiąca po pierwszej operacyi d. 16 kwietnia 1912 r. przystąpiłem do właściwej operacyi wytworzenia pęcherza moczowego i cewki. Operacya ta składa się z 3 części: kroczowej, laparotomii i kroczowej. (Rys. 1).

I część. Przed operacyą do moczowodu lewego wprowadziłem cewnik № 8 w celu uniknięcia zalewania moczem jamy brzusznej. Ułożenie chorego takie, jak do cięcia kroczowego. Rozszerzenie odbytu przemocą. Cięcie wykonałem na przednim obwodzie odbytu na granicy śluzówki i skóry, obejmujące połowę całego obwodu odbytu. Po przecięciu skóry

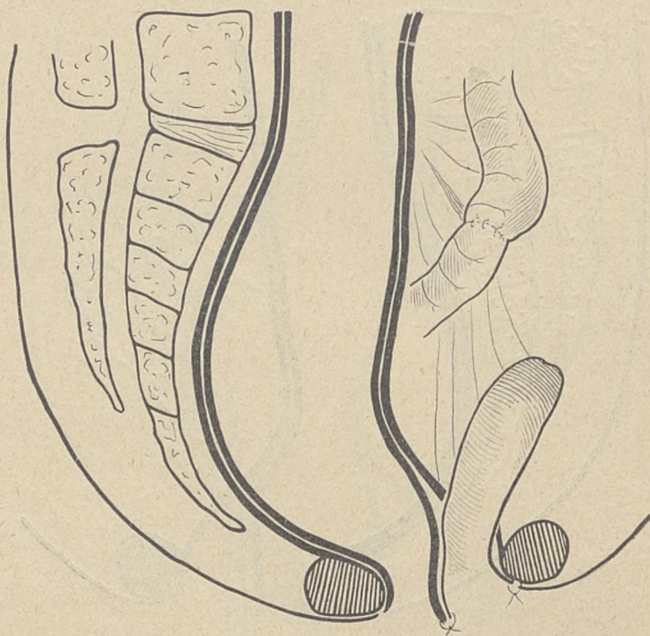


Rys. 2.

zacząłem drążyć w głąb, częściowo operując nożem, częściowo na tępo pomiędzy śluzówką i mięśniówką w kierunku jamy Douglasa. Skoro dosięgłem głębokości 6 — 7 cm., szczypcami Kochera uchwyciłem w głębi mięśniówkę, i w tej pozycyi zostawiłem szczypce. Ranę wypchałem gazą i na tem zakończyłem pierwszą część operaci.

II część. Chory ułożony w pozycyi Trendelenburga. Otworzenie szerokie jamy brzusznej w linii środkowej. Po otwarciu jamy otrzewnej odszukałem kiszkę ślepą i w odległości 20 cm. od niej wyciąłem 20 cm. jelita krętego. Oba końce wyciętej kiszki całkowicie zaszyłem, koniec dośrod-

kowy szwem dwupiętrowym kapciuchowym, na koniec odśrodkowy nałożyłem prowizoryczny szew również kapciuchowy. Ciągłość kiszek odtworzyłem, stosując zespolenie bout a bout, krezkę wyciętej kiszki, omijając naczynia, podciąłem możliwie nizko, aby w ten sposób uruchomić wyciętą kiszkę, t. j. przyszły pęcherz moczowy; kiedy już miałem wszystko gotowe,



Rys. 3.

wtedy pomocnik, trzymający w ręku szczypce, przyczepione do mięśniówki w czasie pierwszej części operacyi, przebił mięśniówkę i otrzewną, rozszerzył ramiona szczypców i chwycił za wyciętą kiszkę, wyciągając ją pomiędzy mięśniówką i śluzówką odbytu. (Rys. 2).

Po zamknięciu jamy brzusznej na głucho przystąpiłem do 3-ej części operacyi, która polega na rozpuszczeniu szwu prowizorycznego i przyszyciu kilkoma ściegami kiszki od przodu do skóry, od tyłu do oddzielonej śluzówki odbytu. (Rys. 3). Nadmienię, że należy wyciągać na zewnątrz spory kawałek kiszki, a to w tym celu, żeby w przyszłości, kiedy kiszka po zagojeniu wciągnie się, utworzyła się dostateczna przegroda pomiędzy otworem przyszłej cewki i odbytem, t. j. aby powstał oddzielny otwór, prowadzący do pęcherza moczowego, oddzielny zaś — do odbytnicy. W przypadku Cuneo wskutek niedostatecznie wyciągniętej kiszki utworzyła się kloaka, i mocz mieszał się z kałem. W obu moich przypadkach istnieje

zupełnie wyraźna przegroda, wskutek czego można bardzo łatwo trafić do pęcherza

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Ósmego dnia z łatwością wprowadziłem do nowoutworzonego pęcherza moczowego 50 cm.^{3} płynu, po 12 dniach — 120 cm.^{3}, który to płyn chory mógł utrzymać pewien czas. Po 3 tygodniach — 135 cm.^{3}. Wprowadzając codziennie coraz to większe ilości płynu, gimnastykując—że tak powiem—nowy pęcherz moczowy, doszedłem po kilku tygodniach do 180 cm.^{3}; maximum, jakie zdołałem osiągnąć, t. j. prawie tyle, co Cuneo u swego chorego (około 200 cm.^{3}).

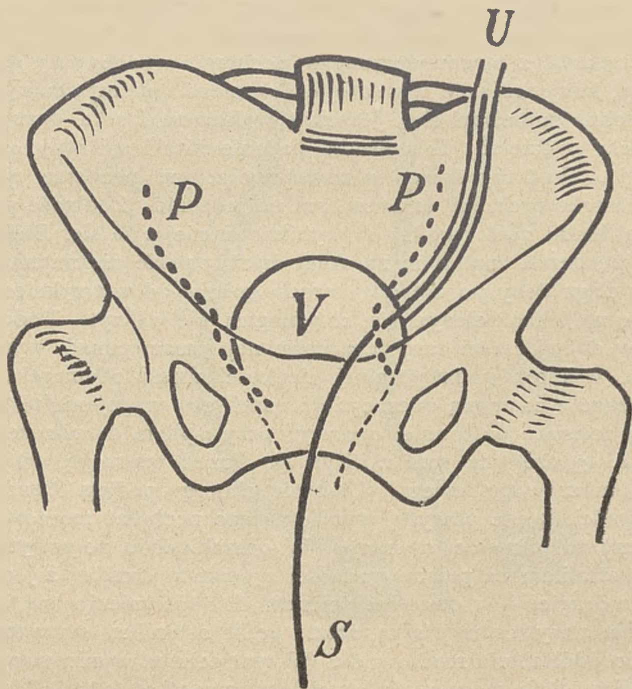
Początkowo z nowoutworzonego pęcherza wydobywały się ogromne ilości śluzu, który wszakże w miarę codziennego przemywania rozczynem azotanu srebra zmniejszył się. Jednakże wyłączona kiszka śluzu całkowicie nie przestała wydzielać. Kilkakrotne badanie kiszki ani ropy, aui bakteryi nie wykryło. Po 6 tygodniach w nowoutworzonym pęcherzu nie wykryto zaczynów kiszkowych ani na czczo, ani po jedzeniu. Zdolność wchłaniania wyłączonej kiszki po 6 tygodniach wybitnie zmniejszyła się. Błękit, wstrzyknięty do pęcherza, znalazłem na drugi dzień prawie niezmieniony. Mocz, badany w ciągu doby po upływie trzech godzin od wstrzyknięcia, zmienił swą barwę na lekko seledynową; chromogenu nie wykryto. Dodam jeszcze, że skóra w dolnej części rany laparotomijnej zaraz ponad wynicowanym pęcherzem wskutek nadzwyczajnej cienkości uległa obumarciu. Należało więc poczekać z następną operacyą do zupełnego wygojenia tejże.

W 2 miesiące po drugiej operacyi przystąpiłem do wszczepienia moczowodu d. 13 czerwca 1912 r. (Rys. 4). Przed operacyą wprowadziłem cewnik do moczowodu lewego. Ułożenie chorego podług Trendelenburga. Cięcie długości 15 cm. powyżej wynicowanego pęcherza moczowego. Wycięcie blizny po pierwszej operacyi. W odszukiwaniu nowowytworzonego pęcherza natrafiłem na pewne trudności z powodu zrostów z jednej strony z krezką, z drugiej — z otrzewną ścienną. Po upewnieniu się, że mamy do czynienia z wyłączoną kiszką, resztę pętlic osłoniłem serwetami i przystąpiłem do oddzielania moczowodu. W tym celu na wynicowanym pęcherzu w okolicy ujścia moczowodu wyciąłem czworokąt (3 $\times$ 3), idąc poprzez śluzówkę i głębiej leżące tkanki. Ponieważ jednak w czasie tej manipulacyi z prawego ujścia moczowodowego zaczęła wydobywać się ropa, zmieszana z pastą bismutową, porzuciłem więc oddzielanie moczowodu lewego i zabrałem się do usunięcia kikuta moczowodu prawego.

Niezwłocznie usunąłem śluzówkę wynicowanego pęcherza z wyjątkiem kawałka, otaczającego otwór moczowodowy lewy. W dalszym ciągu, kierując się cewnikiem, umieszczonym w moczowodzie, zacząłem drążyć w kierunku miednicy małej, oddzielając przedewszystkiem otrzewną ścienną. Dodam, że moczowody u osobników, dotkniętych wynicowaniem pęcherza moczowego, dochodzą prawie do samego dna miednicy i tutaj dopiero gwałtownie zaginają się ku górze, tworząc łuk.

Wyosobniłem około 15 cm. moczowodu łącznie z otaczającą go tkanką; kiedy już można było z łatwością zbliżyć moczowód do wyłączonej kiszki, wtedy na oddzielonej otrzewnej ściennej zrobiłem niewielki podłużny otwór; jednocześnie na bocznogórnej ścianie nowoutworzonego pęcherza

wykonałem podłużne nacięcie 2 cm. długości, które po rozciągnięciu zamieniło się w otwór czworokątny. Przez te dwa otwory przeprowadziłem cewnik, który pomocnik ujął klampem, wprowadzonym do nowoutworzonego pęcherza, i wyciągnął na zewnątrz. Następnie przez otwór w otrzewnej ściennej, kierując się już cewnikiem, przesunąłem moczowód i, uprzednio poob-



Rys. 4.

cinawszy śluzówkę, otaczającą ujście, wstawiłem w otwór pęcherzowy, jakby szybę w okno, koniec wyseparowanego moczowodu. Nałożyłem pierwsze piętro szwów węzełkowych podśluzówkowo. Wtedy przekonałem się, że całe to zespolenie moczowodowokiszkowe z łatwością daje się przesunąć przez otwór w otrzewnej ściennej na zewnątrz otrzewnej.

Po umieszczeniu zespolenia zewnątrzotrzewnowo nałożyłem tu jeszcze jedno piętro szwów węzełkowych. Umieszczenie zespolenia na zewnątrz otrzewnej miało doniosłe znaczenie w przebiegu pooperacyjnym, gdyż wytworzenie się ropnia, a następnie — przetoki odbywało się na zewnątrz jamy brzusznej, zespolenie bowiem oddzielone było od tej ostatniej przegrodą w postaci otrzewnej ściennej. Ranę brzuszną od góry zaszyłem szwem dwupiętrowym, od dołu włożyłem worek Mikulicza; włożyłem również gazę

w ranę po usuniętym kikucie moczowodu prawego; zespolenie zlekka otoczyłem gazą. Cewnik zostawiłem w moczowodzie.

Przebieg pooperacyjny:

14 czerwca. T. 105, C.⁰ 37,6 — 38,3 w. Niewielkie wymioty. Cewnik działa poprawnie. Moczu 800 cm.³.

15 czerwca. T. 90, C.⁰ 37 — 37,6. Przepłukanie moczowodu rozczynem azotanu srebra $^1/_{1000}$. Moczu 850 cm.³.

16 czerwca. T. 90, C.⁰ 36,9 — 39 w. Brzuch nie wzdęty; oddał wiatry. Moczu 900 cm.³.

17 czerwca. T. 108, C.⁰ 38,2 — 39,2. Wypróżnienie. Moczu 1000 cm.³.

18 czerwca. T. 84, C.⁰ 37 — 39,2. Moczu 1000 cm.³.

19 czerwca. T. 84, C.⁰ 38,2 — 39,1. W okolicy zespolenia niewielki ropień. Cewnik usunięto. Opatrunek przemaka. Moczu 1000 cm.³.

20 czerwca. T. 75, C.⁰ 37 — 38. Moczu 1200 cm.³, który odpływa przez cewnik, umieszczony w pęcherzu.

21 czerwca. Stan bezgorączkowy. Mocz płynie częściowo przez ranę, częściowo przez cewnik, umieszczony w pęcherzu.

22 czerwca. Stan bezgorączkowy.

25 czerwca. Mocz przechodzi całkowicie przez ranę w ścianie brzucha.

30 czerwca. Rana ziarninuje doskonale; przez cewnik spływa coraz to więcej moczu.

5 lipca. Przez ranę wydobywa się moczu bardzo mało.

10 lipca. Ziarnina pokrywa się naskórkiem.

15 lipca. Przez ranę brzuszną wydobywa się płyn tylko przy mocnem napełnieniu pęcherza moczowego.

20 lipca. Skarży się na bóle wzdłuż lewego moczowodu.

26 lipca. Oddał z moczem dwa niewielkie kamienie fosforanowe.

2 sierpnia. Przetoka zagojona. Moczu chory utrzymuje około 100 cm.³. Usunięto cewnik.

10 sierpnia. C.⁰ 38,6. W moczu nieliczne ciałka ropne i laseczki typu lasecznika okrężnicy.

10 — 17 sierpnia. C.⁰ 37,2 — 39,1.

14 sierpnia. Oględziny pęcherza moczowego wziernikiem: śluzówka pęcherza żółta, miejscami zaczerwieniona. Widać wyraźne ruchy robaczkowe kiszki. Otworu moczowodowego, schowanego w fałdach kiszkowych, odnaleźć nie można.

19 sierpnia. Ciepłota spadła do stanu prawidłowego.

27 sierpnia. Chory wstaje. Utrzymuje mocz około 1 godz. 20 min.

Co się tyczy pierwszego przypadku, to w drugiej części operacyi po wyresekowaniu pętli jelita cienkiego i przygotowania go do przesunięcia pomiędzy śluzówką i mięśniówką odbytnicy zaszedł błąd: pomocnik przez nieostrożność cofnął przyczepione do mięśniówki szczypce i zamiast wprowadzić je we właściwe miejsce, wprowadził do światła odbytnicy. Później przebił już nie mięśniówkę i otrzewną, jak należało, lecz całą ścianę kiszki. W ten sposób wyprowadził kiszkę przez odbytnicę. W trzeciej części operacyi spostrzeżono błąd. Zmuszony byłem rozpuścić szwy brzuszne, kiszkę wyciągnąć z odbytnicy. Rzecz prosta, przy tej manipulacyi zakaziła się

jama otrzewnej, wskutek czego czwartego dnia po operacyi nastąpiła śmierć.

W trzecim przypadku wytworzenie pęcherza moczowego i cewki wykonane zostało (30 maja 1912 r.) podług opisu, jaki czytelnik znajdzie w przypadku drugim, z tą tylko różnicą, że wycięto około 30 cm. jelita cienkiego. Pierwsze dnie po operacyi stan chorego był zupełnie dobry; ciepłota prawidłowa. Siódmego dnia stwierdzono obumarcie skóry w okolicy dolnych szwów brzusznych. W końcu drugiego tygodnia podniesienie ciepłoty (38,5^0) i objawy niedrożności kiszek z bólami, umiejscowionymi głównie z prawej strony brzucha. Ośmnastego dnia po operacyi w miejscu obumarcia skóry otworzył się samorzutnie ropień. Otwór rozszerzono i wprowadzono do jamy Douglasa pasy gazy. C. powróciła do wysokości prawidłowej, objawy niedrożności ustąpiły. Gojenie rany odbywało się bardzo wolno; ranę trzeba było jeszcze raz rozszerzyć i wytamponować. Po 2 miesiącach pojemność nowego pęcherza dosięgła zaledwie 75 cm.^{3}; po 3 miesiącach 120 cm.^{3} i liczby tej nie przekroczyła. Chory z trudnością utrzymywał płyn w nowoutworzonym pęcherzu. Po 6 mies. codziennego przemywania i gimnastykowania pęcherza chory doszedł do pewnej wprawy w utrzymywaniu płynu, lecz powyżej 100 gr. popuszczał obficie kroplami. Bez wątpienia, na małą pojemnośc pęcherza wpłynęły z jednej strony długotrwałe tamponowanie jamy Douglasa, z drugiej — blizny, które utworzyły się w otoczeniu wyłączonej kiszki.

W przypuszczeniu jednak, że przy następnej operacyi (wszczepienie moczowodów) nowoutworzony pęcherz zostanie uwolniony ze zrostów, a co za tem idzie — nabierze większej sprężystości, nie bacząc na niedostateczną pojemność przystąpiłem d. 13 grudnia 1912 r. do operacyi wszczepienia moczowodów w nowowytworzony pęcherz.

Ułożenie chorego podług Trendelenburga. W obu moczowodach cewniki № 10. Do pęcherza wprowadzono cewnik metalowy. Cięcie długości 15 cm. powyżej wynicowanego pęcherza moczowego. Wycięcie blizny po pierwszej operaci. Nowowytworzony pęcherz przykryty posklejanemi pętlami kiszek cienkich, przyrośnięty do ślepej kiszki i krezki, głęboko w małej miednicy zrośnięty z pętlami kiszek cienkich. Po uwolnieniu ze zrostów pęcherza przystąpiłem do oddzielenia moczowodów. Przedewszystkiem oddzieliłem otrzewną, zajdującą się pod wynicowanym pęcherzem i pod przednią ścianą brzucha. Następnie na wynicowanym pęcherzu w okolicy otworów moczowodowych wyciąłem czworokąt (2 $\times$ 4), idąc poprzez śluzówkę i głębiej leżące tkanki. Resztę wynicowanego pęcherza usunąłem. Moczowody oddzieliłem niezbyt głęboko — na przestrzeni około 8 cm. Następnie uwolniony ze zrostów pęcherz został przesunięty ku przodowi przez otwór podłóżny, zrobiony w oddzielonej otrzewnej, znajdującej się przedtem pod wynicowanym pęcherzem. W ten sposób górna połowa nowowytworzonego pęcherza umieszczona została zewnątrzotrzewnowo. Na wierzchołku nowego pęcherza wykonałem nacięcie poprzeczne, w które po rozszerzeniu wstawiłem wycięty czworokąt z ujściami moczowodów. Cewniki przesunięto przez pęcherz na zewnątrz. Nałożono tylko jedno piętro szwów strunowych. Ranę brzuszną od góry zaszyto szwem dwupiętro-

wym, od dołu włożono dwa małe worki Mikulicza po obu stronach krezki, prowadzącej do wyłączonej kiszki.

Pierwszych dni po operacyi stan chorego nie wzbudzał żadnych obaw. Ciepłota ciała była prawidłowa; objawy otrzewnowe szybko przeminęły. Trzeciego dnia usunięto cewnik z moczowodu prawego, czwartego—z lewego. W pęcherzu umieszczono cewnik, który do siódmego dnia działał prawidłowo. Ósmego dnia mocz zaczął wydobywać się przez ranę brzuszną początkowo w niewielkich ilościach, w końcu drugiego tygodnia mocz wypływał całkowicie przez ranę. Jednocześnie zauważono obumarcie czworokąta śluzówkowego, zawierającego ujścia moczowodów. W trzecim tygodniu podczas wypróżnienia przy mocnem wydęciu się puściły szwy, wskutek czego wysunęły się pętle cienkich kiszek. Włożono worek Mikulicza. Zjawiły się objawy zapalenia otrzewnej, które po kilku dniach ustąpiły. Po 6 tygodniach od operacyi z całą stanowczością można twierdzić, że próba wszczepienia moczowodów wskutek obumarcia trójkąta pęcherzowego zakończyła się niepomyślnie. Ogólny stan chorego jest wszakże o tyle dobry, że w niedalekiej przyszłości pozwoli na próbę ponownego wszczepienia moczowodów.

Z trzech spostrzeganych przypadków tylko przypadek drugi, jako pomyślnie pod każdym względem zakończony, może nastręczyć szereg pytań, dotyczących wyników więcej odległych. Po 7 miesiącach stan chorego przedstawia się, jak następuje: ogólny wygląd chorego, łaknienie i sen doskonałe. Co się tyczy czynności nowowytworzonego pęcherza moczowego, to ta jest zupełnie zadowalająca. Chory utrzymuje mocz do 2 godz. Pojemność pęcherza sięga 225 gr. Potrzeba oddawania moczu ujawnia się pewnem uczuciem ciężaru w okolicy krocza. Kiedy zjawia się potrzeba oddawania moczu, chory musi oddać mocz natychmiastowo, inaczej popuszcza kroplami. W czasie, kiedy oddaje mocz, nie oddaje ani stolca, ani gazów — czyli czynność pęcherza nie jest uzależniona od czynności odbytu. Zamierzając oddać stolec, naprzód oddaje mocz. W czasie snu chory moczu wogóle nie utrzymuje, niekiedy jednak prześpi godzinę zupełnie suchy, należy więc przypuszczać, że ten brak w przyszłości wyrówna się. Wygląd odbytu nie przedstawia nic szczególnego, nie różni się niczem od zwykłego. Dopiero po rozchyleniu odbytu widać z przodu rąbek śluzówki: to otwór, prowadzący do nowego pęcherza. Cewnik Nelatona wchodzi dobrze, na wysokości 3 cm. czuje się pewien opór, dalej cewnik wpada z łatwością do pęcherza moczowego.

Mocz przezroczysty z niewielką domieszką śluzu; zawiera

pojedyncze ciałka ropne. Co się tyczy stanu psychicznego, to i ten jest bardzo dobry: chory zapomniał o przebytych operacyach, i czuje się szczęśliwym, że nareszcie pozbył się kalectwa nader przykrego dla siebie i otoczenia.

Jak już na wstępie zaznaczyłem, metoda Cuneo ma niewątpliwą wyższość nad wszystkiemi innemi metodami, mającemi na celu odprowadzenie moczu do kiszek. Przedewszystkiem — metoda ta pozwala wytworzyć zbiornik możliwie aseptyczny, nie stykający się z zawartością kiszek, jest to niezmiernie dodatnia strona omawianej metody, unikamy bowiem niebezpieczeństwa wstępującego zakażenia nerek. Drugą nie mniejszą zaletą metody Cuneo jest okoliczność, że chorzy utrzymują mocz, nie posiłkując się cewnikiem i zaciskadłem. Jeżeli do tego dodać, że operacya nie nastręcza nadzwyczajnych trudności technicznych, to przypuszczać należy, że metoda Cuneo winna szybko zdobyć sobie prawo obywatelstwa, tem bardziej, że zakres jej stosowania nie ogranicza się wyłącznie do przypadków wynicowania pęcherza, lecz metoda ta może być stosowana z powodzeniem w nowotworach, w przypadkach uporczywych gruźlicy pęcherza i dużych brakach pęcherza po porodach.

PIŚMIENNICTWO.

Borelius. Eine neue Modification der Maydl'schen Operationsmethode bei angeborener Blasenektopie. Zentralblatt f. Chirur. № 29. 1903.

Gersuny. Wiener klinische Wochenschrift. № 43. 1898.

Hovelacque. Etude anatomopathologique de l'extrophie complète de la vessie. Journal d'Urologie. №№ 1—2. 1912.

Heitz-Boyer et Hovelacque. Creation d'une nouvelle vessie et d'un nouvel urètre. Journal d'Urologie. № 2. 1912.

Makkas. Zur Behandlung der Blasenektopie. Umwandlung der ausgeschalteten Coecum zur Blase und der Apendix zur Urethra. Zentralblatt f. Chirur. № 33. 1910.

Maydl. Wiener mediz. Wochenschr. 1894. Str. 1114, 1170, 1210, 1258.

Marion. Bulletins et Memoires de la societe de Chirurgie. Paris. № 1. 1912.

Müller. Abänderung der Borelius'schen Modification der Maydl'schen Ope-

rationsmethode bei kongenitaler Blasenektopie. Zentralblatt f. Chirurgie. № 33. 1903.

Lengemann. Ersatz der exstirpierten Harnblase durch das Coecum. Zentralblatt f. Chirurgie. № 50. 1912.

Verhoogen. Buletins et Memoires de la societe de Chirurgie. Paris. № 1. 1912. Streszcz.

Taddei. Sur la typhloureterostomie après exclusion du coecum et appendicostomie dans le traitement d'extrophie vesicale. Revue de Chirurgie. № 1. 1913.

Przypadek zakażenia ustroju ludzkiego przez ziarenkowca czworaczego

(micrococcus tetragenes)

podał

E. LEWENSTERN

asystent oddziału chirurgicznego Dra A. Ciechomskiego
w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Zakażenie, o którem mowa, tak rzadko było opisywane w piśmiennictwie lekarskiem zarówno naszem, jak i obcem, iż uważam za właściwe podzielić się z szanownymi kolegami spostrzeżeniem klinicznem przypadku, gdzie zakażenie ziarenkowcem czworaczym było stwierdzone za pomocą dokładnych badań, a przebieg jego dość ciężki i przewlekły posiadał niejeden rys godny uwagi.

J. K., mężczyzna 27-io letni, pochodzi z rodziny zdrowej, nigdy na poważniejszą chorobę nie zapadał. Na początku listopada 1911 r. zauważył po raz pierwszy obrzmienie — na razie niebolesne — gruczołów chłonnych w pachwinie lewej. W ciągu dni najbliższych obrzmienie to dosięgło wielkości orzecha włoskiego; skóra nad niem zlekka zaczerwieniła się, wystąpiła bolesność miejsca obrzmiałego, osłabienie ogólne, pozatem zmniejszenie łaknienia i lekkie dreszcze, powtarzające się kilka razy na dobę. Ciepłota ciała w tym czasie nie była mierzona. Jak potem wykazały wywiady szczegółowe, pacyent już od kilku miesięcy miewał wieczorami dreszcze i czuł się osłabiony i senny, czego dawniej nigdy nie bywało. Około 20-go listopada t. r. zwrócił się K. do swego lekarza fabrycznego — działo się to w hucie żelaznej we Francyi wschodniej, gdzie pracował od roku jako inżynier; ten znalazł ropień gruczołów chłonnych; po nacięciu ich w znieczuleniu za pomocą chlorku etylu wypłynęła bardzo nieznaczna ilość rzadkiej ropy; operowany leżał zaledwie jeden dzień; po przecięciu zmierzył po raz pierwszy ciepłotę: było 37°,5.

Bagatelizując swe niedomaganie, K. pracował w dalszym ciągu jeszcze około tygodnia; jednakże, czując się coraz gorzej i widząc, że miejscowo

sprawa nie poprawia się, porzucił zajęcie i przyjechał do Warszawy do rodziny. Wezwany zostałem do niego po raz pierwszy 8-go grudnia 1911 r. Wówczas znalazłem, co następuje.

Mężczyzna młody, bardzo dobrze zbudowany, o silnie rozwiniętych mięśniach; odżywianie bardzo upośledzone, cera blada, oczy podkrążone, ciepłota podniesiona do 38⁰,7 (godzina 8 wieczorem). W płucach, sercu i narządach jamy brzusznej nic nieprawidłowego nie wykryłem; wątroba i śledziona nie powiększone. Gruczoły szyjowe przednie lekko obrzmiałe, nie bolesne. W pachwinie prawej gruczoły niewielkie; w lewej — poniżej więzu Pouparta pęk gruczołów chłonnych wielkości jaja kurzego; na szczycie tego wygórowania poprzeczna rana skóry pooperacyjna długości około 2 cm.; skóra dookoła nie zaczerwieniona, na ucisk prawie nie bolesna; brzegi rany, szeroko rozwarte, tworzą owal, w głębi którego widać szare, suche dno rany. Bliższe oględziny wykazują, iż owo szare dno stanowi powierzchnia gruczołu, wielkości orzecha laskowego, leżącego prawie zupełnie swobodnie pod tkanką łączną podskórną, tak iż zgłębnik, wprowadzony przez ranę pod skórę, daje się we wszystkich kierunkach przesuwać wgłąb po powierzchni gruczołu.

Starając się dociec źródła zakażenia wzmiankowanych gruczołów, najstaranniej obejrzałem okolice, skąd bieg dróg chłonnych zbiera się w pęku gruczołów pachwinowych, lecz ani na kończynie dolnej, ani w narządach płciowych nie wykryłem nic podejrzanego; również wywiady nie dały mi w tym kierunku żadnej wskazówki. Między innemi, pacyent bezwzględnie przeczył możliwości jakiegokolwiek zakażenia na drodze płciowej; objaśnił mnie przytem, że lekarz, który go operował, też nic tłómaczącego schorzenie gruczołów wykryć nie był w stanie.

Mocz, świeżo wypuszczony, był zupełnie przezroczysty (bez nitek) — a późniejsze badanie dokładne nic w nim nie wykazało. Zaleciłem na razie leżenie w łóżku, i opatrywałem ranę codziennie, stosując przeróżne środki przeciwgnilne (jodynę, kreolinę, jodoform). W ciągu tygodnia stan pozostał bez zmiany: ciepłota wahała się między 37⁰,5 rano a 38⁰,5 wieczorem; rana wciąż była sucha, ziarnina szara, pęk gruczołów nie zmniejszał się, pozostając zupełnie niebolesny; łaknienie liche, częste obfite poty, zwłaszcza w nocy; wygląd coraz gorszy. Moczu ilość dostateczna, wypróżnienia codzienne.

D. 15 grudnia 1911 r. w znieczuleniu miejscowem za pomocą nowokainy, rozszerzywszy ranę ku środkowi i ku zewnątrz, usunąłem z głębi dwa gruczoły chłonne; jeden z nich, jak zaznaczyłem wyżej, leżał prawie zupełnie wolny zaraz pod skórą; drugi — głębszy, był stopiony niezbyt mocno z powięzią. Oba były na przekroju miękkie, o budowie jednolitej, bez ognisk rozpadowych, lub ropni. Powstałą w ten sposób głęboką ranę suto wyjodynowałem i wyłożyłem gazą jodoformową. Miałem nadzieję, że po tym zabiegu — mimo, iż dookoła rany pozostał jeszcze rozległy naciek — ciepłota ciała zmniejszy się, i stan ogólny poprawi się. Nadzieja ta zawiodła mnie najzupełniej: zabieg nie wywarł żadnego wpływu ani miejscowo, ani ogólnie. Rana w dalszym ciągu pozostała sucha, ziarninowała nader leni-

wie i nie wykazywała żadnej skłonności do zmniejszania się pomimo energicznego stosowania przeróżnych leków i okładów.

Kilkakrotnie zanotowano lekkie dreszcze — przeważnie wieczorami przed podnoszeniem się ciepłoty. W takim stanie rzeczy, oryentując się, że po za ogniskiem chorobowem tkwić musi w ustroju całym przyczyna, podtrzymująca chorobę, postanowiłem zbadać krew, co też dnia 23 grudnia łaskawie uczynił kolega Karwacki. Wydobyto strzykawką z żyły w przegubie łokciowym 10 cm. sześciennych; zrobiono posiew na agar-agarze i buljonie, oraz—próbę Wassermanna; wzięto również do badania bakteryologicznego nieco wydzieliny ropnej z głębi dna rany za pomocą drutu wyjałowionego.

Wyniki tych badań były następujące: próba Wassermanna wypadła ujemnie; świeże preparaty krwi wykazały w obfitej ilości drobnoustroje — ziarniaki, układające się prawie wyłącznie w tetrady, okolone wyraźną otoczką. Posiewy z krwi i ropy dały wynik identyczny, a zgodny z tem, co znaleziono we krwi świeżej, mianowicie — już po upływie 24 godzin rozwinęły się hodowle tych samych grzybków.

Obraz drobnowidzowy, oraz wygląd hodowli — zdaniem kolegi Karwackiego — odpowiadał w zupełności ziarenkowcowi czworaczemu. Po za nim ani krew, ani ropa innych drobnoustrojów nie zawierała. W ten sposób wyjaśniło się, z czem mamy do czynienia: była to bakteryemia czysto czworacza, od której, oczywiście, zależały zmiany ogólne (ciepłota ciała, dreszcze, liche odżywianie), oraz miejscowe — w ranie (uporczywe niegojenie się, nalot i t. d.).

Lubo pierwsza próba częściowego oczyszczenia rany i uwolnienia tą drogą ustroju od zakażenia — zawiodła, postanowiliśmy — na naradzie z drem Ciechomskim — działać dalej w tym samym kierunku, lecz w sposób bardziej doszczętny, mianowicie: usunąć całkowicie chore nacieczone tkanki lewej pachwiny.

Dnia 29 grudnia 1911 r. przy pomocy drów Ciechomskiego i Cegłowskiego w uśpieniu chloroformowem przystąpiłem do operacyi. Przedłużyłem cięcie już istniejące ku wewnątrz i nazewnątrz, dodałem drugie — prostopadłe do pierwszego i, utworzywszy w ten sposób cztery rozległe płaty skórne, usunąłem całą zapalnie zgrubiałą tkankę limfatyczną wraz z tkwiącymi w niej gruczołami, przyczem została przecięta — po uprzedniem podwiązaniu — żyła podskórna odpiszczelowa (saphena magna) tuż przed jej połączeniem się z żyłą udową. Wówczas na dnie rany widać było zupełnie zdrową powięź udową, na której tylko w jednem miejscu znalazłem nadżarcie wielkości ziarnka grochu; przez nie przeglądały włókna mięśniowe, pokryte szarym nalotem. Dalej sprawa nigdzie nie drążyła. Na cztery rogi rany skórnej nałożyłem po jednym szwie; dno wyłożyłem gazą wioformową.

Usunięte gruczoły (było ich około 6) na przekroju dawały obraz taki sam, jak te, które wyłuszczyłem już uprzednio; ognisk ropnych nie było w nich wcale.

Nazajutrz ciepłota ciała $37^0,3$—$38^0,0$; dobę później $37^0,2$—$38^0,0$ i t. d. — bez wyraźnej zmiany, czyli i ten zabieg doszczętny nie wywarł żadnego

wyraźniejszego wpływu na przebieg choroby; powierzchnia rany już po upływie doby pokryła się szarym nalotem; dni następnych w płatach skórnych powstały nacieki, które zmusiły do rozprucia części zaszytych; w dalszym ciągu trwały poty tak obfite, iż podczas nocy kilkakrotnie zmieniano bieliznę.

Gdy w ten sposób nabrałem ostatecznie przeświadczenia, że czysto miejscowe leczenie nie daje żadnego wyniku, postanowiłem działać na zarazek drogą krwi, stosując przedewszystkiem szczepionkę Wrighta. Dnia 1 stycznia 1912 r. z żyły łokciowej prawej wydobyłem około 5 cm. sz. krwi, z której kol. Gryglewicz przygotował autowakcyny, przyczem posiew na różne podłoża dał wynik zupełnie identyczny z tem, co przed tygodniem otrzymał kol. Karwacki. Szczegóły badania bakteryologicznego są następujące.

Krew, aseptycznie zebraną, wlano do 200 cm.³ bulionu i postawiono do cieplarki (37⁰ C.). Po dobie w kropli wiszącej z tego posiewu widać nieruchome ziarenkowce, prawidłowo układające się w tetrady.

Posiano 'jedno uszko z tej hodowli na agarze. Wyrosły dość gęste pojedyncze kolonie białe, okrągłe, nieco wypukłe, ciągnące się. W preparatach barwionych układ prawidłowo czworoboczny po cztery ziarenkowce. Niekiedy oderwane ziarenkowce pojedyńcze lub po dwa. Nigdzie jednak nie spostrzeżono nieprawidłowego układu, jak u gronkowca. Układ ten jeszcze wyraźniej widać na preparacie odciskowym.

Pojedyńcze ziarenkowce dość duże: 1 mikron i więcej w przekroju. Tetrady posiadają wyraźną otoczkę, barwią się metodą Gramma. Na kartoflu obfity, biały, ciągnący się nalot.

Hodowla kłuta w żelatynie dobrze wyrosła. Drobnoustrój nie rozpuszcza żelatyny, mleka nie ścina. W hodowlach bulionowych indolu i siarkowodoru nie wykryto. W hodowlach bulionowych duży, biały osad na dnie; u góry bulion opalizuje; kożuszka na powierzchni nie ma.

$^1/_{10}$ uszka platynowego hodowli agarowej wstrzyknięto białej myszy do jamy brzusznej. Padła po 4 dniach. W jamie otrzewnej gęsty, ciągnący się, brudnoszary płyn. W płynie leukocyty wielojądrowe i mnóstwo ziarenkowców, prawidłowo ułożonych po cztery w czworokąty z otoczką. Śledziona powiększona; płuca przekrwione. Z płynu otrzewnej, ze śledziony i ze krwi serca na podłożach gęsto wyrósł micrococcus tetragenes.

Badanie powyższe raz jeszcze potwierdziło istotę omawianej tu sprawy chorobowej. W ciągu pierwszej połowy stycznia przeprowadziłem skombinowane leczenie przeciwdrobnoustrojowe, stosując: 1) szczepionki Wrighta podskórnie, 2) sublimat (1 : 1000 w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej) dożylnie, oraz 3) Kollargol do odbytnicy. Autowakcyny przygotowano z hodowli dobowej, zabijając drobnoustroje przy ciepłocie od + 59⁰ C. do + 60⁰ C.

Porządek stosowania tych środków był następujący:

2 stycz. 1912 r.	Szczepionki 15 mil.	T.	37⁰,1—38⁰,0
3 —	Kollargol, 1 grm. do odbytnicy .		37⁰,9—37⁰,8
4 —	Szczepionki 25 mil. + Kollarg. 1,0.		37⁰,0—37⁰,6

5 stycz. 1912 r.	Kollargol, 1,0	T.	$37^0,0—37^0,8$
6 —	HgCl 0,0025 + szczepionki 50 mil.		$37^0,0—37^0,6$
7 —	HgCl 0,004		$36^0,7—37^0,5$
8 —	HgCl 0,0045 + szczepionki 50 mil.		$36^0,7—37^0,4$
9 —	przerwa		$37^0,1—37^0,8$
10 —	HgCl 0,005		$36^0,9—38^0,0$
11 —	HgCl 0,005		$37^0,0—37^0,5$
12 —	przerwa		$36^0,7—37^0,8$
13 —	HgCl 0,0055		$37^0,0—38^0,0$
14 —	HgCl 0,005		$36^0,7—37^0,8$

Przez cały ten czas ciepłota — jak widzimy - wahała się między $36^0,7$ a $38^0,0$, zatem bardzo mało różniła się od tej, jaką mieliśmy przed rozpoczęciem leczenia ogólnego, i nawet przed operacyą. To samo da się powiedzieć o pozostałych objawach chorobowych: poty, osłabienie, coraz większe upośledzenie odżywiania (ważyć pacyenta nie miałem możności), wygląd atoniczny rany—notowane były tak samo, jak dawniej; trudno więc było mówić o powodzeniu stosowanych zabiegów. Pacyent, nie widząc zapowiadanego działania wstrzykiwań, zraził się do nich i prosił o ich zaniechanie. Najkłopotliwsze było wstrzykiwanie sublimatu; przy największej uwadze i staranności trudno było zapobiedz przedostawaniu się maleńkich ilości rozczynu do tkanki podskórnej po za światło żyły, wówczas każda kropla wylana pod skórę sprawiała ból dokuczliwy, trwający nieraz po kilkanaście godzin. Zaznaczyć przytem muszę jeszcze jeden objaw, jakiego u innych chorych do tej pory nie spostrzegałem, mianowicie prawie za każdym razem nazajutrz po ukłuciu powstawał w żyle skrzep, wyczuwający się doskonale, jako twardy sznur na przestrzeni 1—3 cm. Obawiając się poruszania powtórnego zatkanych w ten sposób żył, musiałem wciąż wybierać nowe tak, iż wkrótce nie było już gdzie wkłuwać. Autowakcyny, wprowadzane pod skórę, też sprawiały ból — co prawda nie długotrwały, czemu jednak nie towarzyszył żaden odczyn zapalny miejscowy.

Seryę powyższych wstrzykiwań skończyłem z dniem 14 stycznia. Z tego okresu czasu mam do zanotowania jeszcze jeden objaw; mianowicie w 3 dni po operacyi, podczas której — jak już wiemy – podwiązana została żyła podskórna odpiszczelowa, pod skórą uda w dolnym kącie rany zjawiło się bolesne stwardnienie, które w ciągu najbliższych dni dało typowy obraz zakrzepu tej żyły na przestrzeni około 15 cm.; skrzep ten i towarzyszące mu zapalenie okołożylne trzymały się bardzo długo (około trzech miesięcy) pomimo systematycznego stosowania najrozmaitszych zabiegów leczniczych: okłady, ichtyol, gorące powietrze i t. d.

Poczynając od 20 stycznia wstrzykiwano choremu arrenal (od 0,075 do 0,1 pro dosi et die); ogółem z małemi przerwami zrobiono 24 wstrzyknięcia.

Ku połowie lutego — pod koniec leczenia arszenikowego—można było stwierdzić pewne, acz nieznaczne polepszenie: zjawiło się łaknienie, ciepłota już nie przekraczała $37^0,4$, poty osłabły. Rana wciąż goiła się bardzo opieszale: aczkolwiek oczyściła się z nalotów, miała wygląd „obślizgły“,

ropiała bardzo skąpo; brzegi skóry wciąż były nacieczone, a w dolnym rogu uporczywie trzymał się wał, związany z żyłą.

Ku końcowi lutego, a więc w $2^1/_2$ mies. od początku leczenia, pacyent spędzał już większość dnia po za łóżkiem; na twarzy poprawił się wyraźnie. W pierwszych dniach marca 1912 r. znaglony zobowiązaniami służbowemi — nie zważając na moje protesty — opuścił Warszawę.

Badanie przed samym odjazdem dało co następuje: Odżywianie niezłe, choć jeszcze o wiele gorsze, niz w stanie zdrowia przed chorobą,— ciepłota 37^0,4 (wieczorem), tętno 90; w narządach wewnętrznych nic szczególnego nie wykryto; gruczoły chłonne nie powiększone; wyraźna niedokrwistość śluzówek. Rana pachwiny lewej przedstawia powierzchnię wielkości 2 kop. monety; ziarnina blada, nadmiernie pulchna i wybujała; na przebiegu żyły podskórnej odpiszczelowej, poczynając od brzegu rany, wyraźny bolesny naciek. Kończyna nie obrzmiała. Mocz prawidłowy. Czynność kiszek pomyślna. Krwi — niestety — nie mogłem zbadać.

W trzy tygodnie potem—gdy K. wrócił już do zwykłego zajęcia—dowiedziałem się, że rana zagoiła się i „wszystko jest dobrze", jedynie udo jeszcze boli podczas chodzenia poniżej blizny, gdzie wciąż trzyma się stwardnienie. Ciepłota od chwili wyjazdu nie była mierzona ani razu.

Od rodziny K. wiadomo mi, iż do chwili obecnej pracuje on bez przerwy w fabryce i czuje się zupełnie dobrze.

Drobnoustrój, który dał w przypadku powyższym obraz tak uporczywej bakteryemii, po raz pierwszy był opisany przez R. Kocha w r. 1884; badacz ten znalazł go na powierzchni jamy rozpadowej płuca w połączeniu z innymi drobnoustrojami chorobotwórczymi i —nie przypisywał mu specyalnego znaczenia w rozwoju sprawy zapalnej. Gaffky miał możność przekonania się, że ziarenkowiec czworaczy wywiera działanie chorobotwórcze na niektóre zwierzęta laboratoryjne (świnka morska).

Biondi w r. 1887 wykrył ziarenkowca czworaczego w prawidłowej plwocinie zdrowego człowieka. Maryan Jakowski w monografii p. t. „Grzybki chorobotwórcze" (r. 1886) w rozdziale, omawiającym bakterye ropotwórcze, pisze: „Do drobnoustrojów ropnych można zaliczyć i micrococcus tetragenes. W dwu przypadkach ropni, rozwijających się dość ostro, lecz bez gorączkowego odczynu, w obu razach na kończynach górnych, raz w małym ropniu na palcu, badanym przez prof. Hoyera, a drugi raz w ropniu, zajmującym całą prawie dłoń prawej ręki, nie widziałem w ropie żadnych innych drobnoustrojów, jak tylko dość stosunkowo liczne osobniki micr. tetragenes". O cechach zewnętrznych grzybka tego pisze Jakowski: „Są to drobne mi-

krokoki, układające się zawsze po 4, w kształcie kwadratu, po dwa w każdym wymiarze. Rośnie on w hodowlach dość powoli; na żelatynie odżywczej, której nie rozpuszcza, nie rośnie wzdłuż całej linii nakłucia, lecz w oddzielnych koloniach, mających postać mlecznobiałych, lub nieco różowych punktów i blaszek; na agar-agar wzdłuż śladu, przeprowadzonego igłą po powierzchni, tworzą się ograniczone okrągłe białe punkciki".

Obszerne podręczniki bakteryologii bardzo mało zajmują się ziarenkowcem czworaczym, i przeważnie bagatelizują jego znaczenie dla ustroju ludzkiego. Günther w r. 1898 pisze: „Myszy i świnki morskie giną od m. t. na posocznicę. Dla człowieka m. t. prawdopodobnie może być chorobotwórczy, przeważnie ropotwórczy". Kolle, Wassermann i Hetsch w swych podręcznikach objaśniają, że m. t. spotyka się tylko w zakażeniu mieszanem, przeważnie w jamach płucnych. Baumgarten pisze wprost, iż: „do tej pory (do r. 1911!) nie udało się stwierdzić własności chorobotwórczych m. t.; nigdy nie można wykluczyć obecności gronkowców lub paciorkowców. Ja osobiście nie znalazłem nigdy z. cz. we krwi ludzkiej" — tak dosłownie pisał Baumgarten przed dwoma zaledwie laty. Tymczasem kazuistyka bakteryologiczna z kilkunastu lat ostatnich podaje nam szereg — co prawda nie nadto liczny — przypadków, przeczących wyraźnie powyższemu twierdzeniu.

Justyn Karliński, pisząc „O drobnoustrojach wywołujących ropienie u ludzi i wierząt" (rok 1890) na zasadzie dwuletnich badań we własnej pracowni, podaje na 200 przypadków ropienia u ludzi — 6 razy zakażenie czworacze, mianowicie 2 razy w „ropniu podskórnym", i raz we wrzodziance, 3 razy w ropniu na dziąśle. Tak wielka odsetka — 3% — zakażenia czworaczego jest wyjątkowo wysoka.

M. Jakowski w tym samych czasie w pracowni bakteryologicznej Szpitala Dzieciątka Jezus przeprowadził badania nad bakteryami ropotwórczemi i w Pam. Warsz. T. L. z roku 1898 ogłosił wyniki owych badań: mianowicie na 251 ropni ostrych i 99 przewlekłych wykrył m. t. tylko raz jeden, nb. w połączeniu z gronkowcem złocistym w czyraku palca u felczera szpitalnego, co stanowi odsetkę 0,4.

Omawiając przypadki Karlińskiego, Burckhardt wypowiada przypuszczenie, iż—być może—w części spostrzeżeń nie był to

czysty z. cz. O możliwości błędów rozpoznawczych pomówimy niżej; tymczasem zaś przejrzyjmy wybitniejsze przypadki, jakie udało mi się zebrać z piśmiennictwa.

1. Viquerat (Szwajcarya — rok 1894). Pewien włoch, zachorowawszy na postać nieżytową zapalenia gardła, przyłożył sobie na skórę szyi plaster kantarydowy, a potem obwiązał szyję brudną chustką do nosa; na miejscu kantaryd po 14 dniach powstał mało bolesny, powoli powiększający się ropień; zrobiono cięcie ropnia; badanie ropy wykazało obecność wyłącznie ziarn. czwor. Przeświadczony o łagodności zakażenia m. t., Viquerat wstrzykiwał suchotnikom po 1 cm. sz. buljonu z hodowlą m. t. do pęcherza skórnego, powstałego na miejscu przystawienia kantaryd, i otrzymywał ropienie z bardzo małym odczynem zapalnym; wyciąwszy przytem nabrzmiałe gruczoły chłonne, badał je bakteryologicznie: zawierały one w znacznej liczbie z. cz. W wyniku tych doświadczeń pisze V.: „Jeśli ranę co 4 dni smarować trzydniowym buljonem z hodowlą z. cz., to można stale podtrzymywać ropienie; przeto z. cz. może być dobrym, niewinnym („gefahrloses“) środkiem odciągającym („ableitendes“). Wiemy dziś dobrze — choćby z naszego przypadku — jak mylił się V. co do niewinności z. cz., i jak ryzykowne były jego próby.

2. Steinhaus (pracownia patologiczna uniw. warszawskiego—rok 1889) opisał przypadek ropnia podżuchwowego u 8 letniej dziewczynki z bardzo zniszczonymi zębami; w ropie znalazł czysty z. cz. Zejście pomyślne.

3. Lartigan (Ameryka Półn.—r. 1899) opisuje 3 zapalenia gardła, powodowane z. cz., wprawdzie raz jeden tylko otrzymano hodowlę czystą; w dwóch pozostałych przypadkach była domieszka bakteryi okrężnicy i gronkowca białego, lecz domieszki te były ilościowo nieznaczne, jakościowo zaś — mało czynne.

W powyższych przypadkach zakażenie, mające za punkt wyjścia jamę ustną, lub górne odcinki dróg oddechowych, miało przebieg łagodny i zejście pomyślne. Inny obraz daje nam przypadek następujący.

4. Chauffard i Ramond (r. 1896). Dziewczynka 15 letnia; po ostrym nieżycie krtani bóle w stawach, krwioplucie, duszność, wysypka grudkowata (exant. papul.); po 11 dniach zejście

śmiertelne. Oględziny pośmiertne: zapalenie osierdzia i opłucnej z ropą brunatnoczerwoną; taki sam płyn ropiasty znajdował się w stawie kolanowym, dwa ropnie w mięśniu serca, 2 rozpadające się zawały płucne, liczne drobne ropnie w nerkach; we wszystkich wyżej wskazanych ropniach wykryto czystą hodowlę z. cz.; w zawale płucnym obok z. cz. był jeszcze lasecznik okrężnicy.

5. Tych samych autorów przypadek drugi: posocznica pochodzenia niewiadomego u chłopca 18 letniego; nagłe dreszcze, wymioty, bóle w stawach. Po dwóch dniach obrzęknięcie prawego kolana, powiększenie gruczołów w odnośnej pachwinie; po 8 dniach dwa owrzodzenia na języku; w kolanie stwierdzono ropę barwy czekoladowej. 10-go dnia od początku choroby śmierć. We krwi i w ropie czysty z. cz., którego hodowla rozpuszczała żelatynę (patrz niżej).

6. Pende podaje przypadek, gdzie zarazek zaatakował przedewszystkiem opony mózgowe: 48 letnia kobieta nagle dostała bólu w karku, dalej wystąpiły — gorączka, bóle „reumatyczne" po całem ciele, bolesność kręgosłupa, tężec tylny (opistotonus), obrzmienie śledziony, ciepłota 38,0 — 39,0. Nakłucie opon dało ciecz przezroczystą o zabarwieniu żółtozielonem; w osadzie płynu rdzeniowego wyłącznie z. cz. Po 35 dniach choroby zejście śmiertelne.

7. Ostatni chronologicznie, a bardzo szczegółowo zbadany jest przypadek Burckhardta (r. 1911). Mężczyzna 62 letni; przed 3-ma tygodniami ukąszenie przez owad (?) w prawe przedramię; natychmiast obrzęknięcie miejscowe i zaczerwienienie skóry; po 8 dniach małe cięcie. Stan obecny: oprócz ranki na przedramieniu bardzo rozległe nacieczenie skórne w okolicy grzebienia prawej łopatki; w części środkowej nacieku ograniczona zgorzel skóry na przestrzeni dłoni. Ciepłota 37,0 — 37,8. Nephritis chronica. Nie doszło do wyraźnego zropienia na miejscu nacieku; po 11 dniach śmierć. Z wydzieliny ran i z krwi wyhodowano wyłącznie z. cz.; posiadał on wszystkie cechy morfologiczne i biologiczne, typowe dla tego zarazka.

Po za takimi ciężkimi przypadkami zakażenia ogólnego można odnaleźć i zupełnie lekkie postacie bakteryemii czworaczej, naprzykład:

8. Ziegler opisał przypadek zapalenia gardła nieżytowe-

go, po ustąpieniu którego notowano w ciągu dni 11 gorączkę zwalniającą; badanie krwi wykazało czystą hodowlę z. cz. Zupełne wyzdrowienie bez powikłań.

Dwa następujące przypadki — z przebiegiem ciężkim — stanowią przykład zakażenia mieszanego z przewagą jednak m. t.

9. Castaigne podaje: mężczyzna w starszym wieku uległ zmiażdżeniu obu stóp; rany goiły się bardzo powoli, suto ropiejąc; w pół roku potem pleuritis purulenta; w ropie znalazł C. przeważnie m. t., lecz z nieznaczną domieszką streptokoków.

10. S. Sterling (Łódź) w przypadku endocarditis ulcerosa (przy septicaemia cryptogenes) znalazł we krwi i w moczu *) obok bact. coli commune również m. t., którego hodowla na żelatynie miała zabarwienie żółte; nazwał on przeto tę odmianę „tetragenes citreus septicus“.

Na specyalne własności barwy hodowli m. t. zwracają i inni uwagę, lecz pogląd ich w tej mierze jest odmienny od zapatrywania Sterlinga, który opis swego odkrycia zaopatrzył nagłówkiem: „Ein neuer Micrococcus“, i raczej skłonni są widzieć w tem zdolność jednego i tego samego drobnoustroju do przybierania różnych barw; pouczający i przekonywający w tej mierze jest przypadek

11. Boniego, który p. t.: „Dicromia (dwubarwność) del micrococco tetrageno“ opisuje przypadek następujący: zanieczyszczenie rany skórnej przedramienia; posocznicoropnica z licznymi ropniami przerzutowymi w skórze oraz zapalenie szpiku kostnego uda; badanie bakteryologiczne: w ranie ziarenkowiec czworaczy złocisty; we krwi zaś i w chorym szpiku z. cz. biały; oczywiście był to ten sam zarazek, który — dla powodów bliżej określić nie dających się — przedstawił się w hodowli raz jako złocisty, drugi raz, jako biały.

Tyle co do kazuistyki w obchodzącym nas przedmiocie.

---

*) Na tem miejscu nadmienić należy, że Birenzweig również w moczu — przy nowotworze pęcherza u 5 letniego chłopca — wykrył „czworniaki“ i demonstrował je na posiedzeniu Łódzkiego T. L. w r. 1901. Po za pracami Jakowskiego jest to jedyna wzmianka kazuistyczna w piśmiennictwie polskiem o m. t., jaką udało mi się odnaleźć w Przegl. Pism. Lek. Polskiego.

Widzimy, że przypadków zakażenia m. t. podano bardzo niewiele, widzimy również, jak różnorodne są poglądy na ten sam przedmiot: Viquerat z czystem sumieniem wciera suchotnikowi w skórę hodowlę m. t., uważając to za zabieg zupełnie niewinny; Pende, Chauffard i Burckhardt—opisują śmiertelne zakażenia, wywołane przez z. cz., a jednocześnie Baumgartenowi „nie udało się do tej pory stwierdzić własności chorobotwórczych z. cz.", a to z tego powodu — dodaje on — iż „nigdy nie można wyłączyć obecności gronkowców lub paciorkowców". Otóż — by można było wyłączyć przymieszki obce i uznać dane zakażenie, jako czworacze, należy ustalić rysy typowe tego zarazka — tak morfo- jak i biologiczne, różniące go zasadniczo od wszelkich innych grzybków.

Z prac i przypadków wyżej przytoczonych dadzą sie ustalić własności następujące: kształt ziarenka o średnicy około 1 μ, układ — grupka czterech ziarniaków, tworząca kwadrat; czasem dwa takie „czworniaki" mogą ułożyć się jeden nad drugim, dając obraz sześcianu; spotykane tu i owdzie na preparacie z hodowli — w małej ilości—grupki po dwa, lub też pojedyńcze okazy nie przeczą rozpoznaniu z. cz., gdyż i inne grzybki nie zawsze układają się typowo. Bardzo ważna dla z. cz. jest otoczka, okalająca poszczególne grupki; otoczka ta zawsze ma wyraźne zarysy, a brak jej—gdy chodzi o preparaty świeże, w pełni rozwoju przeczy rozpoznaniu z. cz. *). Pamiętać należy, iż gronkowce też czasem układają się w „tetrady", lecz nie mają otoczki. Zabarwienie Gramem zawsze dodatnie. Hodowle też mają wiele rysów swoistych: bulion mętnieje bardzo nieznacznie, nie dając kożucha, na kartoflu otrzymuje się lepki, śluzowy, wyciągający się w nitki nalot; na żelatynie wyrastają kolonie pojedyńcze, okrągłe, wypukłe, lśniące, zwykle o zabarwieniu białem.

Nb. wiemy już, że czasem bywa ono odmienne: żółte, pomarańczowe (Sterling, Boni), co jednak nie upoważnia do rozpoznawania kilku odmian z. cz.; zjawisko to, jak wiemy, da się

---

*) Na preparatach, otrzymywanych z hodowli sztucznych, niejednokrotnie giną otoczki; zatem widzimy tu to samo, co u innych grzybków, które, przechodząc z ustroju żywego na martwe podłoża, często zatracają swe otoczki.

wytłómaczyć „wielobarwnością“. Z. cz. nie rozpuszcza żelatyny; to też przypadek drugi Chauffarda i Ramonda budzi znaczne wątpliwości co do rozpoznania. Stopień złośliwości każdego zarazka wogóle, a wiec i z. cz. w szczególe, nie jest wielkością stałą; istnieją tu wszełkie możliwe przejścia: w jednym razie wykrywa się go w plwocinie zdrowego człowieka, w drugim powoduje on śmiertelne zakażenie krwi, atakując wsierdzie, i dając liczne ropnie przerzutowe w narządach wewnętrznych, powodując zapalenie opon mózgowych i t. d.

Dawniejsze spostrzeżenia nad z. cz. stosowały się przeważnie do postaci mało złośliwych, gdzie grzybek ten bądź towarzyszył tylko innym drobnoustrojom w jamach rozpadowych płuc, w jamie ustnej i gardzieli, bądź powodował sprawy ropne czysto miejscowe o przebiegu łagodnym. Z wyżej przytoczonych opisów mieliśmy możność przekonania się, że z. cz., jako zarazek ropotwórczy, daje dość swoisty obraz kliniczny: bardzo leniwe i skąpe tworzenie się ropy przy ciepłocie nie przewyższającej 38°,0; w pewnych razach zamiast ropnia powstaje zgorzel skóry, trzymająca się czas dłuższy na przestrzeni ograniczonej, i odgraniczająca się bardzo powoli. O leczeniu zakażeń czworaczych na zasadzie przytoczonych danych z piśmiennictwa, jako też przypadku mojego — nie wiele da się powiedzieć; po za ogólnie stosowanymi zabiegami chirurgicznymi — (otwieranie ropni, leczenie ran przeciwgnilne) nikt nawet nie wspomina o tym lub innym sposobie zwalczania zarazka środkami ogólnymi; prawdopodobnie w zakażeniach cięższych stosowano różne środki drobnoustrojobójcze, używane w każdej bakteryemii, lecz działanie ich zawodziło. Znany mi jest — niestety – tylko z naglówka (nie udało mi się bowiem zdobyć samej pracy) jeden jedyny przypadek, gdzie autor mógł pochwalić się pomyślnym wynikiem leczenia ogólnego; jest to praca Rosenthala, zatytułowana: „Septicémie à tétragène avec localisation cardiaque. Traitement par le Collargol et l'Electrargol. Guérison rapide“. (Bulletin de la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris, octobre, 1907).

Byłoby rzeczą zajmującą wiedzieć, na ile wyleczenie było istotnie „rapide“, jak wiele i w jakiej postaci stosowano kollargol. I mój pacyent otrzymywał kollargol, lecz bez powodzenia; być może, że dawka była zbyt mała, mianowicie po 1 gra-

mie w lawatywie do odbytnicy, być może, iż wstrzyknięty śródmięśniowo lub dożylnie działałby silniej. Nie wspomina również nikt o autowakcynach, które ja stosowałem z wynikiem, co prawda, ujemnym. To samo rzec mogę o pozostałych zabiegach leczniczych: żaden z nich nie wywarł wpływu wyraźniejszego na przebieg choroby, która jak gdyby drwiła sobie ze wszelkich leków.

Wracam teraz do mego przypadku; w streszczeniu przedstawia się on, jak następuje: człowiek młody, zdrowy, dziedzicznie nie obarczony, zaczyna niedomagać — miewa dreszcze, poci się, senność go często ogarnia; nie bacząc na to wszystko nie zmienia trybu życia, nie leczy się; po kilku (?) miesiącach takiego stanu naraz spostrzega obrzmienie gruczołów chłonnych pachwinowych; gruczoły te ropieją leniwie, prawie bez bólu. Źródło zakażenia gruczołów zostaje niewykryte. Badanie krwi wykazuje obecność zarazków, które na zasadzie dokładnego badania zostają rozpoznane, jako z. cz. Innych grzybków krew nie zawiera. Ten sam drobnoustrój otrzymano z rany operacyjnej w pachwinie. Mam prawo przypuszczać, iż stan chorobowy, poprzedzający chwilę, kiedy chory zauważył nacieczenie gruczołów — już wówczas był bakteryemią czworaczą. Ponieważ sprawa, jako umiejscowiona, wybuchła w gruczołach lewej pachwiny, wolno mi zrobić przypuszczenie, iż zarazek przedostał się do ustroju przez powłoki zewnętrzne tych okolic, z których drogi chłonne biegną ku pachwinie, a więc np. z niedostrzeżonego zranienia stopy, z naderwanego paznokcia, lub t. p. Nie wyłącza się i odwrotny porządek zjawisk: punkt wyjścia mógł być, dajmy na to, w jamie ustnej, w dziąśle, gdzie, jak wiadomo, wykrywano czworniaka nawet w warunkach prawidłowych (w plwocinie zdrowego człowieka) i stąd zarazek przedostał się do krwiobiegu, wywołując po pewnym czasie zapalenie odległych gruczołów pachwinowych. Ostatecznie bakteryemię, o której mowa, zaliczyć należy do kategoryi zakażeń o nieznanych wrotach.

Z opisu podanego wyżej przypadku wyprowadzić można wnioski następujące:

1. Ziarenkowiec czworaczy jest w stanie, bez współudziału innych drobnoustrojów, wywołać zakażenie krwi o przebiegu bardzo przewlekłym.

2. Zakażeniu temu towarzyszy ciepłota, nie przekraczająca 38°,5 C., wobec wahań dobowych około 1°,0.

3. Powstające na tem tle ropienie w gruczołach ma cechy atoniczne (mała bolesność, skąpe ropienie).

4. Rana, zakażona przez z. cz., goi się bardzo powoli, ziarninuje leniwie, ma nieobfitą wydzielinę.

5. Leczenie miejscowe i ogólne (między innymi szczepionki Wrighta) działa bardzo wątpliwie.

6. Względnej łagodności zakażenia w naszym opisie można przeciwstawić szereg przypadków, zakończonych śmiertelnie.

Kończąc tę pracę, poczuwam się do miłego obowiązku złożenia podziękowania kolegom Ciechomskiemu, Gryglewiczowi i Karwackiemu za radę i pomoc w prowadzeniu kłopotliwego leczenia, oraz za wartościowe wskazówki w pisaniu pracy niniejszej.

PIŚMIENNICTWO.

Birenzweig (Łódź). Z posiedzeń T. L. Łódzkiego (Czasopismo lekarskie r. 1901, № 8).

Burckhardt. Untersuchungen über eine menschpathogene sarcina tetragena. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. T. 70, r. 1911).

Günther. Bakteryologia, r. 1898.

Jakowski M. Grzybki chorobotwórcze. (Warszawa, 1886).

Jakowski M. Wyniki badań bakteryologicznych w 350 przypadkach ropienia u ludzi. (P. W. T. L., r. 1898).

Karliński J. Die Eiterungserreger beim Menschen u. Thieren (praca oryg. — Centralbl. f. B. u. P., r. 1890, T. VII).

Lartigan. Z kazuistyki zakażeń m. t. (Philad. Med. journ. r. 1899 — podług Centr. f. B. P. u. I., r. 1900).

Pende. Meningite da micrococco tetrageno. (Policlinico. 1907, № 26 — podług Centr. f. B. P. u. I. 1908).

Steinhaus (Warszawa). Zur Aetiologie der Eiterung. (Z. f. Hyg., r. 1889 T. V).

Sterling (Łódź) Ein neuer Micrococcus im Blute u. Harn gefunden (pr. or.— Centr. f. Bact. 1896).

Viquerat. Der Microc. tetr. als Eiterungserreger beim Menschen. (Zeitschr. f. Hygiene, r. 1894, T. XVIII).

Zastosowanie stawu rzekomego do wytworzenia ruchomego kikuta

podał

Z. SŁAWIŃSKI

ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Św. Rocha w Warszawie.

33 letni chory przybył do szpitala św. Rocha w listopadzie r. z. z prośbą o odjęcie przedramienia z powodu gruźlicy stawu napięstkowego lewego. Stan ogólny mocno upośledzony: wychudnięcie, osłabienie, ciągłe wahania podgorączkowe, lecz bez wydatnych zmian w płucach. Cierpienie kończyny trwało od dawna, od sześciu miesięcy powstały przetoki przy ogromnym zaniku mięśni kończyny, a bolesność pozbawiła chorego możności pracy, zmuszając go do stałego podtrzmywania niezmiernie wrażliwej ręki.

Podczas sześciomiesięcznego pobytu w szpitalu ogólny stan chorego poprawił się wyraźnie, a mimo to próby leczenia zachowawczego: unieruchomienie, wstrzykiwania, dwukrotna resekcya częściowa, wreszcie i całkowita — nie zdołały jednak powstrzymać dalszego rozwoju umiejscowionej gruźlicy. Nie pomógł w tym kierunku i czteromiesięczny pobyt na wsi z naświetlaniem chorej kończyny słońcem; w październiku r. b. chory wrócił do szpitala w doskonałym stanie ogólnym, bez gorączki, lecz już domagając się usunięcia ciągle bardzo bolesnej kończyny, na której powstały zresztą nowe przetoki obok niezagojonych dawnych.

Odcięcie przedramienia na granicy środkowej i dolnej trzeciej części wykonane zostało 15 października w uśpieniu chloroformowem cięciem kolistem z dodaniem dwu cięć podłużnych bocznych, z obu stron, długość 7—8 cm., po zwykłem odciągnięciu mięśni i odpiłowaniu obu kości. Wdolnej połowie swego przebiegu cięcia podłużne obnażyły tylko mięśnie, w górnej — natomiast — połowie dochodziły do okostnej w tym celu, żeby umożliwić odsunięcie od niej mięśni tylnej i przedniej powierzchni przedramienia na przestrzeni około 3 cm., na takiej bowiem przestrzeni wycięte zostały wraz z okostną obie kości.

Pozostałe w kikucie odcinki pozbawione były w ten sposób łączności bezpośredniej z górnymi odcinkami kości skróconego przedramienia, żeby zaś zapobiedz późniejszemu ich zrośnięciu się i utrzymać na stałe ów staw rzekomy, wypełniono go przesuniętymi mięśniami. Na powierzchni grzbietowej kości promieniowej odseparowany mięsień odsiebny palucha długi

ułożony został w tym celu pomiędzy oba odłamy tej kości i umocowany dwoma szwami na dłoniowej jej powierzchni; pomiędzy odłamy kości łokciowej wprowadzony został mięsień zginacz napięstka łokciowy, i umocowany na tylnej powierzchni tej kości. W samym kikucie złączono wzajem kilku szwami mięśnie zginacze z wyprostnymi ponad kośćmi, wreszcie—zeszyto oddzielnie powięź i skórę.

Pomimo długotrwałego i wydatnego zaniku mięśni chory wkrótce zaczął zginać i prostować uruchomiony koniec kikuta. Coraz wyraźniejszy ten ruch nie mógł być dotychczas zastosowany do poruszania sztucznego ręki, gdyż — niestety choremu zbrakło środków do nabycia takiego przyrządu, a sama jego konstrukcya nastręcza jeszcze trudności *) wobec braku odpowiednich modeli.

Jakkolwiekbądź, zużytkowanie własnej siły mięśniowej chorego, jako motoru, zostało w zasadzie osiągnięte. Zastosowana technika operacyjna nadaje się, rzecz prosta, do zmian i doskonalenia tem bardziej, że piśmiennictwo nie zawiera jeszcze wyrobionych w tym kierunku wskazówek, ani metod.

W r. 1908 (Archiv für Klin. Chir.) D. Francesco powołuje się na pomysł Vanghetti — zastosowania amputacyi, jak ją nazywa, plastyczno-ruchomej, nie podaje wszakże opisu samej metody. Vanghetti miał zaproponować dwa sposoby otrzymania ruchomego kikuta: pętlę (Schlinge) i maczugę (Keule). Przez zespolenie wolnych końców dwu grup mięśniowych powstaje pętla mięśniowa, (lub ścięgnista), którą trzeba otoczyć skórą; maczugę otrzymuje się przez zgrubienie końca motoru za pomocą kawałka kości, umyślnie wprowadzonego lub zrośniętego ze ścięgnem czy mięśniem — specyalny kształ kikuta, jego zgrubienie, uwożliwia wówczas przeniesienie ruchu na aparat.

W przypadku własnym Francesco zastosował metodę pętli do uruchomienia kikuta przedramienia, amputowanego przed 5 laty, lecz techniki operacyjnej nie przedstawia. Pomimo zupełnego prawie zaniku mięśni udało się otrzymać dostateczne ruchy i przenieść je na sztuczną rękę, której mechanizm nie jest w pracy objaśniony.

*) zostały już one poniekąd usunięte.

Przypadek wylewu krwawego do trzustki

napisał

Z. SŁAWIŃSKI.
ordynator oddziału chirurgicznego w szpitala Św. Rocha w Warszawie.

Ogłaszanie poszczególnych przypadków należy obecnie do zamierzeń, wymagających wyjaśnienia. Usprawiedliwia mnie w danym razie i sama sprawa, wogóle rzadka i nie rozpoznawana, i zaciekawienie, jakie wywołało przedstawienie preparatów anatomopatologicznych wraz z krótkim w tym względzie odczytem; stało się ono dla mnie zachętą do szczegółowego przedstawienia samego przypadku, jakoteż obecnych na tę sprawę poglądów, tem bardziej, że ostre schorzenia trzustki nie były omawiane w naszem piśmiennictwie.

Drugiego listopada 1912 r. po południu przywieziony został do jednej z lecznic prywatnych 52 letni lekarz w następującym stanie. Dobrze zbudowany, otyły osobnik rzuca się w łóżku z bólu brzucha, i głośno wzywa ulgi. Kończyny chłodne, tętno szybkie i nikłe, język wilgotny, nieznacznie tylko pośrodku obłożony, częste odbijanie i zwracanie; ciepłota prawidłowa, tony serca głuche, płuca bez zmian. Badanie odbyło się przy świetle sztucznem, więc żółtaczki stwierdzić nie było można. Brzuch wzdęty nieznacznie, głównie nadbrzusze, bolesny na dotyk, zwłaszcza powyżej pępka przy łuku żebrowym lewym; podbrzusze miękkie i nie wrażliwe; odbytnica pusta, drożna, o ścianie miękkiej. Mocz ciemny, bez białka lub cukru.

Chory oraz towarzyszący mu lekarz opowiadają, że choroba rozpoczęła się poprzedzającej nocy, czyli przed półtory doby, od bólu napadowego w nadbrzuszu. Nad ranem ból zmniejszył się o tyle, że chory zdołał wykonać w szpitalu 3 operacye doszczętne przepukliny. Po południu silny ból zmusił chorego do położenia się, a wkrótce potem koledzy zawezwani znaleźli rysy wyciągnięte i twarz bladą, ciepłotę prawidłową, przy tętnie 70, ból w nadbrzuszu bardzo wrażliwem na dotyk; prawy dół biodrowy nie bolesny; chory głośno stęka z powodu napadowego bólu. Od kilku tygodni

dokuczały mu zaburzenia kiszkowe — zaparcie i rozwolnienie, co zniewoliło go do pozostawania na ścisłej dyecie. Mimo to, wszakże, poprzedniego wieczora zjadł zimnej ryby wędzonej, gruszek i mleka, i z tą okolicznością wiązał przyczynowo obecne dolegliwości, uznając je zrazu za zatrucie rybą, za czem przemawiać miała i wysypka. Zbyt krótki czas dzielił wszakże spożycie ryby od objawów zatrucia; zdaniem obecnych lekarzy, brakowało wymiotów, wysypka zaś była zwykłą pokrzywką, na którą chory często zapadał. W wywiadach zaznaczono dalej kilka napadów bólów w prawem podżebrzu podczas ostatnich dwu lat, lecz bez żółtaczki i wyczuwalnego guza, oraz reumatyzm stawowy przed 15 laty.

Wracając do obecnego napadu, zastosowane środki czyszczące (woda gorzka) oraz wysokie wlewania sprowadziły stolec, lecz bez gazów i bez uczucia ulgi, czego nie zapewniły choremu i narkotyki—przerwy pomiędzy napadami bólu były coraz krótsze; następcze lawatywy pozostały już bez skutku. Rozpoznano niedrożność kiszek lub zapalenie otrzewnej z przedziurawienia żołądka, dwunastnicy lub pęcherza żółciowego, chory zaś brał sprawę wtedy za skręcenie zagięcia esowatego. W nocy tegoż dnia chory nie mógł leżeć wskutek coraz mocniej dojmującego bólu i wreszcie przywieziony został do Warszawy nazajutrz popołudniu w stanie już opisanym. Drogą zmęczył się bardzo, miał kilka razy wymioty po zażyciu wina szampańskiego, po raz pierwszy podczas choroby; obecnie ma ciągłe zwracania, bardzo obfite wodniste, nie kałowe.

Na odbytej zaraz naradzie z kolegami Br. Sawickim, E. Zielińskim i Bronowskim stwierdziliśmy objawy niedrożności jelit obok wyraźnych oznak zapaści, lecz nie zdołaliśmy ustalić bliższych danych rozpoznawczych. Przeciwko przypuszczeniu chorego o skręceniu esicy przemawiał brak wzdęcia brzucha umiejscowionego wydatnie; brzuch wzdęty był wogóle niezbyt mocno, i głównie w nadbrzuszu, podbrzusze zaś i oba doły biodrowe dały się nawet wgniatać podczas badania. Z rozpoznaniem przedziurawienia żołądka lub dwunastnicy nie zgadzał się brak objawów ostrego zajęcia otrzewnej, wymiotów, napięcia ściany brzusznej; ból trwający ciągle, bez podstępnego złagodnienia, wreszcie wyraźna zapaść. Przychodził nam na myśl zakrzep naczyń krezkowych, nie było tu wszakże typowego (krwistego) rozwolnienia początkowego i zapaść była nieodpowiednia. Bądź co bądź, nie podobna było nie liczyć się z niedrożnością jelit, jakkolwiek brakowało tu wypinania się kiszek po przez powłoki oraz wymiotów kałowych, z nieznośnym bólem i z natarczywem naleganiem chorego o spieszną pomoc; do operacyi przystąpiłem zaraz z łaskawą pomocą dra Sawickiego, Wertheima i Krąkowskiego. Biopsia operacyjna uwydatniła sprawę, której nikt z nas obecnych nie podejrzywał.

Otworzenie jamy brzusznej cięciem poprzecznem, przebiegającem powyżej pępka przeważnie na lewej połowie brzucha, lecz i na prawo zachodzącem po za linię pośrodkową i przecięcie m. prostego lewego, odsunięcie m. prawego. Z wolnej jamy brzusznej wylewa się nieobficie płyn surowiczokrwawy, oraz uwydatnia się sieć, dziwnie twarda i gruba. Daje się ona wyłonić w ten sposób, że wypadło ją ująć za wolny brzeg dolny i trzy-

mać uniesioną, a właściwie ustawioną do góry, tak była ona gruba i sztywna.

Uwydatniło się wówczas jelito, wzdęte wyraźnie, lecz nie mocno, zwłaszcza zaś nie jednostajnie: obok odcinków rozciągniętych leżą bezpośrednio całe pętle zapadnięte; rozdęte było wogóle jelito czcze, gdy jelito kręte i kiszka gruba, również wyrostek wyglądały prawidłowo; ani jelito, ani kiszki nie były przekrwione. Gwoli dokładniejszego obejrzenia uniesionego ku górze żołądka i wątroby dodałem krótkie cięcie podłużne w smudze. W przestrzeni podprzeponowej lewej znaczniejsza ilość krwistego płynu. Żołądek na oko i dotyk nie zmieniony; na zagięciach okrężnicy nie wyczuwa się stwardnień; do brzegu wątroby, ponad pęcherzem żółciowym (bez twardej zawartości i nie rozciągniętym), przyrośnięta jest sieć zrostem taśmowym dawnym.

Badanie jamy brzusznej nastręczało znaczne trudności z tego zwłaszcza względu, że chory źle się chloroformował, a na eter zamało był wrażliwy. Nie wykrywając przyczyny niedrożności, zbadaliśmy ponownie dolną (poniżej sieci) część jamy brzusznej, i wówczas poprzez grubą krezkę poprzecznicy wyczułem stwardnienie, ograniczone w lewym jej kącie, a rozleglejsze jej wyłonienie uwydatniło obszerny wylew krwawy na całym prawie przebiegu krezki poprzecznicy, większy wszakże na stronie lewej, ponad stwardnieniem, przechodzący i na krezkę jelita czczego. Samo stwardnienie sprawiało wrażenie kulistego guza, wielkości jaja gęsiego, twardosprężystego, nieruchomego. Na sinem tle wynaczynienia w krezce spostrzegliśmy poraz pierwszy (operacya odbywała się przy świetle sztucznem) drobne jakby ziarenka, twarde, wielkości łebka od szpilki i przeważnie drobniejsze, gęsto rozsypane, zlekka wystające ponad powierzchnią otrzewnej, kontrastujące swą białością na sinem tle wylewu. Owe ziarna istniały nadto w górnej części krezki jelita czczego, na kałdunkach okrężnicy, zwłaszcza esicy, na tylnej powierzchni i dolnym brzegu sieci, lecz nie było ich widać na samej kiszce—ani na jelicie, ani na otrzewnej ściennej. Nie ulegało wówczas wątpliwości rozpoznanie wylewu krwawego do trzustki z następczą martwicą ogniskową tkanki tłuszczowej, a wobec ciężkiego stanu chorego postanowiliśmy poprzestać na wprowadzeniu tamponów w worku z gazy w okolicę wylewu w krezce poprzecznicy oraz częściowem zaszyciu rany powłok brzusznych.

Jak już zaznaczyłem, chory zniósł ciężko chloroform i operacyę. Ku końcowi zabiegu, trwającego około godziny, tętno ginęło kilkakrotnie oraz zjawiała się zatrważająca sinica twarzy, pomimo wstrzykiwań olejku kamforowego. Już w kilka godzin po operacyi trzykrotne wypróżnienie obfite, z wyglądu i zapachu prawidłowe, ze swobodnem oddawaniem wiatrów i moczu. Mimo to wszakże oraz pomimo morfiny chory nie doznał ulgi, ból dojmujący i uczucie wzdęcia brzucha pozbawiły go snu w nocy. Nazajutrz zrana światło dzienne uwidoczniło wyraźną sinicę głowy i kończyn, wyciągnięcie rysów twarzy; tętno nikłe, częste na kończynach chłodnych; ciągły ból w lewej stronie nadbrzusza, wogóle miękkiego i nie bolesnego. Obfity stolec zrana również nie zmniejszył cierpień chorego; wyrzekania na ból

dotkliwy, rozpieranie w brzuchu, podniecenie oraz duszność trwały prawie do zgonu (w 40 godzin po operacyi).

Za zgodą rodziny zmarłego mógł S. wyjąć trzustkę w 8 godzin po skonie, przy łaskawej pomocy kol. L. Paszkiewicza. Doszliśmy do niej po przez więzadło żołądkowookrężnicze, wyjmując zarazem część sieci i kilka kałdunków, na całkowite wszakże zbadanie zwłok nie mieliśmy pozwolenia. Trzustka jest powiększona, twarda, obrzękła, usiana drobnemi, mętnobiałemi ogniskami martwicowemi tkanki tłuszczowej. Oprócz rozległego wylewu krwi, twardego i kulistego, wielkości śliwy, w ogonie widoczne są nadto liczne drobne wylewy; przekrój trzustki jest z tego powodu jakby popłamiony (ma „wygląd marmuru"). Rozległe wylewy krwawe zabarwiają na sinoczerwono również krezkę okrężnicy. W przewodzie trzustkowym kamieni niema, nie czuć ich również w pęcherzu żółciowym i przewodach; brak zmian wyczuwalnych poprzez ściany w żołądku i dwunastnicy. Otrzewna wogóle mętnawa, jama jej zawiera nieznaczną ilość krwistego płynu. Na tylnej powierzchni sieci i na kałdunkach liczne ogniska martwicy tkanki tłuszczowej, jako drobne ziarenka szarobiałe.

Badanie mikroskopowe trzustki (kol. Paszkiewicz) wykryło martwicę tkanki gruczołowej dokoła ognisk martwicowych tkanki tłuszczowej, nie wykazało wszakże żadnych zmian zapalnych, ostrych ani przewlekłych w miąższu ani w tkance łącznej; jest to fakt, godny zaznaczenia.

Ze spostrzeżeń liczniejszych (Mayo Robson, Körte) wynika, że ostre schorzenia trzustki podzielić można na dwie grupy: pierwszą stanowią przypadki rzadsze, o rozwoju gwałtownym i ciężkim, w drugiej — obszerniejszej — przeważa przebieg łagodniejszy; powyższemu podziałowi klinicznemu odpowiadają przeważnie i zmiany chorobowe. W przypadkach gwałtownych (ultraacute, „drame pancreatique") mamy rozległy wylew krwi w samym gruczole oraz w jego łożysku wysięk surowiczokrwawy, liczne drobne ogniska martwicowe tkanki tłuszczowej obok klinicznego obrazu zajęcia otrzewnej górnego odcinka jamy brzusznej oraz zatrucia ogólnego — nagły ból i wzdęcie nadbrzusza, wymioty, niedrożność, a zarazem tętno nikłe, sinicę, duszność i zapaść śmiertelną.

Badania sekcyjne dowodzą, że wylew krwi powstaje w gruczole bez zmian zapalnych, i dlatego cała sprawa nazywana jest baemorrhagia, s. apoplexia pancreatis. Liczniejsza druga grupa ma przebieg ostry również, lecz bardziej stopniowany w rozwoju, a wogóle łagodniejszy i dłuższy; pierwotne jej podłoże patologiczne stanowić ma stan zapalny samego gruczołu.

W ostrem zapaleniu trzustki nie ma nigdy brakować wynaczynień krwi, jako obrazu znamiennego (i zawsze pierwotnego — według Mayo Robsona); stąd nazwa — pancreatitis haemorrhagica acuta. Zdaniem Mikulicza, jest to postać zakażona, w przeciwstawieniu do poprzedniej, jak ją nazywa—aseptycznej. W dalszym rozwoju sprawy dochodzi do zgorzeli samej trzustki mniej lub więcej rozległej, oraz do ropienia.

Stosunek taki stwierdzają i najliczniejsze z istniejących spostrzeżenia Körtego. Na 34 własne jego przypadki ostre (oraz Brentano) wylew ostry (apoplexia pancreatis) figuruje raz jeden tylko (przyp. 42, sekowany w 10 dni po ostrym napadzie; bez operacyi). W pozostałych opisach operacya, lub sekcya wykryła — we wczesnych okresach (pierwszym tygodniu 12 przypadków) same tylko zmiany zapalne ostre (krwotoczne i ropne), w późniejszych nadto martwicę gruczołu. Należy tu wszakże zastrzedz, że Körte podaje za ostre przypadki operowane w 7 tygodni nawet od początku choroby, dodaje przytem, że trudno było nieraz ustalić pierwszy napad, inny od poprzednich, z czego wnosić można, że były to przypadki wogóle łagodne. Z 21 przypadków zapalenia bez zgorzeli wyzdrowiało (po operacyi) 16, z pozostałych 13 ze zgorzelą zmarło 11. Zgorzel zjawia się niekiedy wcześnie, zależnie od ciężkości sprawy, w postaci ogniskowej lub rozlanej, a towarzyszą jej zwykle wysięki ropne, często nawet posokowe. Powstają również w ostrej sprawie ropnie ograniczone, w samej trzustce, lub dokoła niej. W dalszym przebiegu tych zmian, wymagających nieraz miesięcy do wygojenia, zdarzają się stosunkowo często nadżarcia naczyń (żył) krezkowych, oraz tętnicy śledzionowej, i krwotoki śmiertelne (10 razy u Körtego).

Nowsze badania, zwłaszcza doświadczalne (Opie, Guleke) nasunęły inne poglądy na przytoczone sprawy. Zmiany początkowe polegać mają na zgorzeli samego gruczołu, co może odbywać się bez wynaczynień krwi, bez zapalenia lub zakażenia — co zjawia się dopiero następczo. Martwicę pierwotną trzustki wywoływać mają własne jej zaczyny, zawarte w jej wydzielinie; jest ona wynikiem samotrawienia. Obok tej pierwotnej martwicy istnieje jednak również pierwotne zapalenie trzustki, jako postać samoistna; jako ostre zapalenie ropne, które swoją

drogą wywołać może martwicę gruczołu. Wynika dalej z tych spostrzeżeń, że wylewy krwawe nie stanowią istotnej cechy danej sprawy. Nawet w t. zw. apoplexia pancreatis momentem pierwotnym ma być martwica gruczołu, a znane są jej przypadki, przebiegające zupełnie bez wynaczynień krwi. Na tej podstawie Guleke uznaje dwie tylko grupy: ostrą martwicę trzustki, oraz ostre zapalenie ropne trzustki. Do pierwszej grupy należą apoplexia pancreatis, pancreatitis haemorrhagica acuta, pancreatitis gangraenosa; do drugiej — ostre schorzenia trzustki, wywołane przez zakażenie (z przewodów, otoczenia lub przerzutowe); obie te postacie mogą — rzecz prosta — wzajem sobie towarzyszyć.

Ciężkie przypadki ostrej martwicy trzustki sprowadzają szybko zejście śmiertelne, inne przebiegają powolniej. Dokoła ognisk martwicy powstaje w dalszym przebiegu zapalenie reakcyjne, tworzyć się mogą liczne ropnie. Rozległa martwica prowadzi niekiedy do jam posokowatych, otaczających zmartwiałe odcinki gruczołu; ulegają one łatwo przedziurawieniu do torby sieciowej, a stąd mogą zakażać wolną jamę otrzewnej, albo też powodują olbrzymie zbiorowiska ropne pozaotrzewnowe. Spostrzegany w początkowych okresach sprawy wysięk surowiczokrwawy (zrazu zwykle jałowy) pochodzić ma od toksycznego zapalenia otrzewnej. Toksyny powstają w trzustce podczas jej pierwotnej martwicy, zależnej od samotrawienia się tkanki gruczołowej przez własne jej zaczyny. Zgorzel tkanki tłuszczowej w postaci typowych ognisk drobnych stanowi zjawisko wtórne, związane przyczynowo z martwicą trzustki w sposób następujący. Zaczyny trzustkowe (steapsyna i tripsyna), sprowadzające i martwicę samej trzustki, powodują również rozszczepianie się tłuszczu obojętnego na rozpuszczalne mydła, ulegające wessaniu, i nierozpuszczalne sole (związki wapnia) kwasów tłuszczowych, tworząc owe szare ogniska martwicy tkanki tłuszczowej. Mikroskopowo są to masy jednolite, o budowie zatartej, barwiące się jednak barwnikami jądrowymi, i zawierające kryształy kwasów tłuszczowych; ogniska większe składają się z kilku drobniejszych. Nowsze badania doświadczalne wykryły sam mechanizm powstawania tych ognisk, wyjaśniły one bowiem, że zaczyny trzustkowe przenoszone zostają przez

krew razem z komórkami uszkodzonej trzustki, jako drobne zatory, i że one to wywołują ograniczoną martwicę tkanki tłuszczowej jamy brzusznej (niekiedy i podskórnej) oraz wątrobowej (w przypadkach doświadczalnych również w nerkach). Na drodze doświadczalnej zdołano już odtworzyć zmiany, spotykane w trzustce ludzkiej, za pomocą dwu czynników: obrażenia miąższu i wzmożenia czynności wydzieliny trzustkowej. Wzmożenie czynności (aktywowanie) wydzieliny trzustkowej osiąga się przez wprowadzenie do przewodów trzustkowych zawartości dwunastniczej — taka wydzielina może już trawić (sprowadzić martwicę) samą trzustkę, lecz tylko przygotowaną wskutek zadanych jej uszkodzeń — zakaźnych, chemicznych lub mechanicznych.

Spostrzeżenia kliniczne nie zdołały jeszcze wyodrębnić tak wyraźnie znaczenia i wpływu wchodzących tu w grę czynników poszczególnych, wyłoniły się już wszakże pewne zgrupowania, uwydatniające się i w moim przypadku.

A więc, powtarza się tu nasamprzód fakt, że ostre schorzenie trzustki występuje po obfitem najedzeniu się, i że szczególnie są do tego usposobieni mężczyźni otyli (podlegają temu często i kobiety ciężarne około trzeciego miesiąca) i to spostrzeżenie, że ostrą sprawę poprzedzać zwykły napady lżejsze, uznawane za zaburzenia „żołądkowe“ lub wątrobowe, oraz że przypadłości wątrobowe notowane są często w wywiadach. Zmiany zapalne dróg żółciowych szerzyć się mogą i na przewody trzustkowe, zwłaszcza — w razie zatkania wylotu wspólnego w dwunastnicy żółć może przedostać się do trzustki i aktywować jej zaczyny; do zatrzymania żółci wystarczać ma drobny nawet kamyk, usadowiony w brodawce dwunastnicy i nie zamykający jej szczelnie. W połowie spostrzeżeń ostrych schorzeń trzustki skonstatowano kamicę żółciową.

W klinicznym obrazie mego przypadku uwydatnia się w sposób charakterystyczny przebieg i rozwój samego napadu, złożonego z dwu szeregów objawów — ogólnych i brzusznych. Ciężki stan ogólny nie tłómaczy się dostatecznie zaburzeniami brzusznemi, a wśród nich panuje ból. Powstał on zrazu w całem nadbrzuszu, umiejscowił się jednak typowo po stronie lewej nadbrzusza ponad pępkiem, i tak jest dojmujący, że chory

nie może uleżeć, rzuca się po łóżku (w przeciwieństwie do osobników z zapaleniem otrzewnej, unikających wszelkiego ruchu). Wzdęcie nabrzusza i umiejscowionej tu bolesności na ucisk nie towarzyszy napięcie ściany brzusznej; obok powstrzymania stolca i wiatrów zwracanie łatwe i obfite, lecz nie kałowe (wymiotów w danym przypadku nie spostrzegaliśmy, były one pierwszej doby). Po za temi zaburzeniami brzusznemi uwydatnia się szybko zatrucie ogólne—sinica twarzy (głowy) i kończyn, tętno nikłe przy stanie bezgorączkowym, duszność (bez objawów płucnych), podniecenie; śmierć nastąpiła czwartego dnia, czyli wcześnie, jak zwykle w przypadkach ciężkich.

Nie zamierzam wchodzić w drobiazgowy rozbiór poszczególnych objawów; chodzi mi tutaj o zobrazowanie typu ogólnego ostrej sprawy. W przypadkach łagodniejszych mamy również i ból początkowy nadbrzusza i inne objawy podrażnienia otrzewnej górnej części jamy brzusznej; dalszy a powolny rozwój sprawy ułatwia w tych okolicznościach wyświetlenie kliniczne istoty sprawy chorobowej. Wartościową pomoc zapewnia nam np. badanie kału i moczu, czego dotychczas w przypadkach nagłych zastosować skutecznie nie można. Mimo coraz większą liczbę spostrzeżeń operacyjnych i sekcyjnych nie posiadamy jeszcze pewnych wskazówek rozpoznawczych dla okresu ostrego, jak to stwierdza Körte na mocy olbrzymiego swego doświadczenia. Za jedyny objaw, umożliwiający rozpoznanie, uznaje Körte napięcie poprzecznie w nadbrzuszu położone, a wyczuwalne niekiedy dopiero po wysokich wlewaniach do odbytnicy lub w uśpieniu, nie jest to wszakże również oznaka pewna. Większość przypadków operowana była dotąd bez właściwego rozpoznania, głównie z powodu bólu i objawów niedrożności.

Przechodząc z kolei do omówienia rokowania, zauważyć trzeba, że statystyka obecna, jako nie zupełna, nie pozwala jeszcze na wysnuwanie wniosków ścisłych; ogłaszane są przeważnie tylko zejścia pomyślne, a mimo to wyniki ogólne nie są zachęcające. Brak ścisłości wynika również z trudności porozumienia się co do określenia i oceny spostrzeżeń, jak się to uwydatnia chociażby z przytoczonego podziału przypadków Körtego. Dla przypadków nagłych i ciężkich przeważa zdanie,

że nie zdarza się wyzdrowienie samoistne; obszerniejsze zestawienia spostrzeżeń nieoperowanych wykazują 90% śmiertelności. Ale i leczenie operacyjne daje, w burzliwym rozwoju sprawy zwłaszcza, tak smutne wyniki, że Körte np. w pierwszej odnośnej pracy zalecał powstrzymanie się od zabiegów podczas ostrego okresu ze względu na zapad. Obecnie zmienił on zdanie, i zaleca operowanie wczesne, podobnie jak w innych zapaleniach narządów brzusznych, lubo zastrzega się wyraźnie, iż wyniki są dobre w przypadkach bez zgorzeli jeszcze, lub w otorbionych wysiękach; chorzy z martwicą wyraźną zmarli wszyscy. Wogóle postępowanie operacyjne ratuje zaledwie połowę chorych, licząc razem wszystkie i lżejsze przypadki (z 34 przypadków Körtego zmarło 16). W r. 1904 Mayo Robson podał zestawienie 59 przypadków ostrych z 23 wyzdrowieniami. W ciężkim zaś typie jeszcze mniej (Mayo Robson dwa wyzdrowienia na sześć operacyi własnych). Wobec stwierdzonej wszakże bezradności terapeutycznej przeważa obecnie wskazówka ogólna, żeby operować wszystkie przypadki i w każdym okresie choroby.

Rokowanie zależy, zdaniem Körtego, głównie od rodzaju samej sprawy, później dopiero — od czasu wykonania operacyi, a najmniej od rodzaju samego zabiegu, jakkolwiek sam Körte jest obecnie za zabiegami rozleglejszymi, skierowanymi i na sam gruczoł. Tutaj słówko wyjaśnienia co do rodzaju zabiegów operacyjnych ze względu na rozbieżność poglądów.

Ogólnie rzecz biorąc, wskazania operacyjne idą w dwu kierunkach dopiero po otworzeniu jamy brzusznej. Stronnicy zabiegów oględniejszych sądzą, iż samo już cięcie brzuszne zapewnia odpływ wysięku, wytamponowanie zaś nadto ogranicza dostatecznie wchłanianie. Chorzy źle znoszą zabiegi głębsze, powodujące łatwo zakażenie otrzewnej, oraz krwawienie zwłaszcza niekiedy nader uciążliwe wskutek zmniejszonej krzepliwości krwi w schorzeniu trzustki. W ten sposób wykonane zostały pierwsze pomyślne operacye (Halsted, Hahn); Nimier zaleca go dla przypadków ciężkich wogóle. Poprzestaliśmy na nim i w naszym przypadku, a skłoniły nas do tego wzmagająca się sinica oraz zachowanie się tętna — przerwy coraz częstsze i dłuższe.

Zwolennicy zabiegów rozległych dążą do obnażenia trzustki co najmniej przez nacięcie jej otoczki, a to w celu ułatwienia krążenia krwi, odpływu wysięku oraz wydzieliny, jak również zmniejszenia bólu, zależeć mającego od ucisku na sploty nerwowe. Dla udostępnienia ognisk martwicowych trzustka zostaje dalej przecięta wzdłuż lub tylko rozdłubana na tępo; rozległa tamponacya i sączkowanie zapobiegać ma w takich warunkach nawet dalszemu szerzeniu się martwicy i zapalenia. Zanotowane są nadto próby wycięcia schorzałej części gruczołu, oraz wyłuszczenia go z otoczki. Oprócz zabiegów na samej trzustce stosowane bywa jednocześnie usuwanie kamieni i sączkowanie przewodów żółciowych; nie brakło wreszcie prób wytwarzania zarazem przetok kiszkowych dla zwalczenia niedrożności. Dostęp do trzustki prowadzi od przodu po przez więzadło wątrobnożołądkowe od góry (Moynihan), przez krezkę okrężnicy od dołu, lub wreszcie — przez rozszczepione więzadło żąłądkowookrężnicowe, co daje drogę najwięcej zalecaną i najrozleglejszą; dojście od tyłu, lędźwiowe, również niekiedy stosowane, dogodne jest do sączkowania, nie zapewnia jednak możności oryentowania się—zdaniem Körtego. Chirurg ten sądzi dalej, że wobec rozpoznania sprawy trzustkowej można stosować i cięcie poprzeczne lewe do otworzenia jamy brzuszne (nadbrzusza) od przodu.

Zadaniem jest niniejszej notatki zwrócenie uwagi na tę ciężką postać schorzeń trzustki. Częstsze pamiętanie i liczenie się z nią wogóle przyczynić się winno do łatwiejszego rozpoznania. Liczniejsze spostrzeżenia wykazać mogą, czy smutne wyniki dotychczasowego leczenia dadzą się zmienić leczeniem chirurgicznem.

ŹRÓDŁA.

Körte. Die chir. Krankheiten und die Verletzungen des Pankreas. Deutsche Chirurgie Lief. 45 d. 1898.

Körte. Die chir. Krankh. und die Verletz. des Pankreas. Handbuch der prakt. Chirurgie. 2 Auf. 1903. Bd. III.

Kocher. Chir. Operationslehre. 5 Aufl. 1907.

Jacobson and Rowlands. The operations of surgery. 5 edit. 1907, Vol. II.
Rathery. Maladies du pancréas. Manuel des maladies du tube digestif par Debove, Achart, Castaigne. 1908. T. II.
Opie. Diseases of the pancreas, its cause and nature. 2 edit. 1910.
Körte. Die chirurg. Behandlung der acuten Pancreatitis. Archiv für klin. Chir. 1911. Bd 96.
Guleke. Die neueren Ergebnisse in der Lehre der akuten und chronischen Erkrankungen des Pankreas etc. Ergebnisse der Chirurgie und Orthopadie. 1912. Bd. IV.

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Neumann. *W sprawie operacyi bardzo dużych warg zajęczych ze szpetnym rozszczepem podniebienia.*

Dokładnej operacyi wargi zajęczej przeszkadza często zbyt wielki rozszczep szczęk, powodujący silne napięcie szwów. Zapobiedz temu łatwo, stosując przed operacyą wargi klamry, opisane przez autora w dwóch wielkościach, które nakłada się na szczęki, i powoduje przez to zbliżenie się szczęk i podniebienia do siebie.

Zwykle najpierw nakłada N. klamrę większą, a po 10 minutach mniejszą i tę ostatnią trzyma na szczęce, aż szwy staną się już pewne.

Prosty ten sposób oddaje znakomite usługi. Materyału wargi jest przytem aż za dużo, a zsunięcie niekrwawe nie wpływa następowo ujemnie na wzrost kości, co często po sposobach krwawych ma miejsce.

(Deut. med. Wochenschr. № 52. 1912).

A. KLĘSK.

Hans. *Pilne wskazanie do środkowego cięcia przełyku, zarazem przyczynek do sprawy: cięcie tchawicy poprzeczne, czy podłużne z cięcia poprzecznego?*

H. donosi o 3-im przypadku cięcia przełyku w środku z powodu połknięcia przytrzymywacza do krawatu u 14-miesięcznego dziecka.

Przy tej sposobności rozpatruje H. sprawę zalecanego przez siebie środkowego cięcia przełyku, jako też poprzecznego cięcia tchawicy.

Cięcie środkowe przełyku jest bezwarunkowo wskazane tam, gdzie chodzi o wydobycie dużego ciała obcego. Ponieważ przełyk przedstawia rurę spłaszczoną, przeto łatwiej jest i dostępniej naciąć go od przodu, niż z kantu bocznego.

Szew przełyku po cięciu środkowem jest chroniony przez tchawicę i niema obawy o wytworzenie się uchyłka.

Co zaś do cięcia tchawicy poprzecznego, to H. nie uważa tegoż za dobry pomysł. Jedynie tylko skórę należy ze względów kosmetycznych nacinać poprzecznie. Natomiast badania na rurach wykazują, że cięcie poprzeczne wywołuje większe zniekształcenie rur, niż podłużne.

(Münch. med. Wochenschr. № 23. 1912).

A. KLĘSK.

Lindner. *O wrzodzie żołądka ze stanowiska chirurgicznego.*

Po szczegółowem omówieniu etiologii wrzodu żołądka, przechodzi L. do sprawy operacyjnego leczenia wrzodu. We wrzodzie zwykłym nie powikłanym operujemy zwykle z powodu krwotoku, i to nie tyle z powodu jednego dużego, ile—licznych małych, opierających się leczeniu wewnętrznemu, a powodujących niedokrwistość i upadek sił. Stosuje się przytem bezpośrednie zatamowanie krwotoku, wycięcie wrzodu lub—co najczęściej — zespolenie żołądka z jelitem. Pamiętać należy o tem, stosując sposoby bezpośrednie, że wyszukanie miejsca krwawiącego należy nieraz do zadań bardzo trudnych, a gastroenterostomia przez uspokojenie żołądka oddaje tu wartościowe usługi. W wycinaniu znów możemy spotkać nadspodziewanie ogromny ubytek, co przedłuża zabieg, a chory sił na to nie ma.

Natomiast częściej operuje się z powodu następstw wrzodu, względnie — wrzodu przewlekłego. Należy tu przedziurawienie, zwężenia i guzy na tle wrzodu modzelowatego. Co do przedziurawienia, to nie należy czekać na uspokojenie się pierwszego shocku, lecz operować jaknajwcześniej, zanim rozwiną się zmiany w otrzewnej. Prócz rozpatrzenia wrzodu powinno się dodać tu zawsze zespolenie żołądka z jelitem, by uniknąć drugiej laparotomii w przyszłości.

We wrzodach przewlekłych modzelowatych w rachubę wchodzą: bóle, krwotoki, zaburzenia trawienia i przesuwania się pokarmów, tworzenie się guzów i przebicie się do narządu sąsiedniego.

Stosować tu można zespolenie, lub też wycięcie. Gdyby otwór po zespoleniu pozostawał zawsze nadal drożny, byłoby zespolenie zabiegiem idealnym, niestety — nie jest tak zawsze, i nieraz przez to cel operacyi jest chybiony, zwłaszcza — jeżeli odźwiernik jest drożny, i dlatego obecnie stosuje się w takim razie wyłączenie odźwiernika podług Eiselsberga. Co do wycięcia, to pamiętać należy o tem, że jest ono zabiegiem ciężkim, dalej — że często guzy znikają po zespoleniu bez śladu, a obawy tworzenia się raka na tle wrzodu są zanadto przesadzone. Bądź co bądź lepiej jest wyciąć tam, gdzie niema raka, niż przeoczyć wycięcie w raku.

Po zespoleniu tworzą się czasem wrzody w jelicie cienkiem. Najrzadziej występują one po braniu krótkiej pętli podług Hackera. Pyloroplastyka Mikulicza już jest zaniechana. W żołądku klepsydrowatym stosuje się najlepiej połączenie obu połów, względnie części bliżej wpustu z kiszką. Promienie rentgenowskie oddają tutaj bardzo wartościowe usługi rozpoznawcze, wszakże ślepo też im ufać nie można. Co do wyników, to średnio licząc, po zespoleniu otrzymuje się 60 — 70% wyleczeń, a 12 — 15% polepszeń.

(Münch. med. Wochenschr. № 10—11. 1912).

A. KLĘSK.

Schnitzler. *Pokryte przedziurawienia żołądka i o powstawaniu drążących wrzodów.*

S. przytacza dowody ze swej praktyki, że nieraz wrzód pęknięty żołądka ulega zaraz samoistnemu załataniu niejako przez to, że sąsiedni jakiś narząd, często—wątroba, przedziurawienie zatyka. Rozpoznanie wtedy może napotykać na duże trudności, bo po początkowym bólu, wzgl. zapadzie, brak dalszych następstw, jak zajęcia otrzewnej, ropni i t. p. W ten sposób tworzą się potem t. zw. wrzody drążące i modzelowate. S. wątpi, by zrosty tworzyły się przed przedziurawieniem, lecz prawie zawsze są one właśnie wyrazem odbytego już przedziurawienia przy żołądku wzgl. pustym.

Mimo tego, że takie pokrycie nastąpi, należy i tak operować, by uchronić chorego od tworzenia się wrzodu drążącego, modzeli i t. p.

Autor zachęca lekarzy, by we wrzodach drążących zwracali pilnie uwagę w wywiadach, czy nie było kiedy u pacyenta objawów przedziurawienia.

(Medizin. Klinik. № 23. 1912).

A. KLĘSK.

Ch. Lenormant. *O zastosowaniu przeszczepień powięziowych i okostnych w leczeniu doszczętnem przepuklin.*

Wyniki leczenia operacyjnego przepuklin są naogół zadowalające.

Najmniej wszakże pomyślne wyniki otrzymujemy w leczeniu doszczętnem przepuklin, znajdujących się w przedniej okolicy brzucha, a mianowicie—przepuklin pępkowych i smugi białej. Spotykamy je zazwyczaj u osobników otyłych lub z tkankami mało odpornemi. Zbliżenie brzegów pierścienia przepuklinowego jest prawie zawsze możliwe, ale zcieńczała i niepodatna powięź rwie się w wielu miejscach, torując drogę na-

wrotowi. Rozejście się zazwyczaj znaczne mięśni prostych uniemożliwia ich złączenie w linii pośrodkowej, i szwy często przecinają tkankę.

Wobec niezadowalających wyników, jakie dają zwykłe sposoby operowania wydatnych przepuklin z szerokim pierścieniem, szukano innych sposobów. Sposoby te polegały na zastosowaniu przeszczepień różnych tkanek.

Pierwszą próbę uczynił Trendelenburg, który, operując przepuklinę pachwinową, po przewiązaniu worka, przeszczepił w pierścień przepuklinowy płat kostny, wzięty z głowy kości ramienia. Wkrótce potem ten sam chirurg zastosował w przepuklinie udowej płat kostnookostnowy, wzięty z kości łonowej. Poulet stosował w tejże przepuklinie płat powięziowookostnowy. Thiriar zalecał w przepuklinach z szerokim pierścieniem kość odwapnioną Chaput w tym celu przeszczepiał chrząstkę, wziętą z żebra wyciętego.

Od pewnego czasu zaniechano przeszczepień kostnych i zwócono się do przeszczepień powięzi i okostnej.

Payr i Kirschner w przypadku nawrotu przepukliny pachwinowej u mężczyzny 53 letniego wzmocnili głębokie szwy przez wszycie czworokątnego płata powięziowego pomiędzy wiąz Pouparta z jednej strony i mm. zkośny i poprzeczny z drugiej.

Chory wyzdrowiał zupełnie.

Okostna, którą można wziąć ze strony wewnętrznej piszczeli, daje jeszcze trwalszy materyał do przeszczepień w różnych odmianach przepuklin brzusznych.

Lawen przeszczepił płat okostnej w przepuklinie nadbrzusznej z dobrym wynikiem. König opisał szczegółowo tę metodę leczenia i jej technikę operacyjną, zastosowawszy ją w 15 przypadkach przepuklin, przeważnie ciężkich, a mianowicie: w 10-iu przypadkach przepuklin pooperacyjnych, w 4-ch przepuklinach pępkowych i w jednym przypadku przepukliny nadbrzusznej.

König operuje w sposób następujący: cięciem owalnem otwiera dostęp do przepukliny, którą oddziela najdokładniej aż do pierścienia. Po obu stronach przepukliny obnaża na szerokości 2 palców poprzecznych powięź, którą starannie oczyszcza z tłuszczu, następnie otwiera worek, zawartość jego odprowadza do jamy brzusznej i wycina go. Brzegi powięziowe otworu przepuklinowego łączy za pomocą szwów jedwabnych, a w miarę potrzeby zszywa też mięśnie proste; ponad tymi mięśniami można jeszcze zszyć przednie listki ich pochew. Po dokonaniu tego, bierze z piszczeli czworokątny płat wyłącznie okostnowy, długości 15—18 cm., szerokość którego odpowiada szerokości wewnętrznej powierzchni piszczeli, przystosowuje ten płat do linii szwów, przyszywa go w 4-ch rogach struną, a do-

datkowymi szwami strunowymi lub cienkimi jedwabnymi łączy przeszczepioną okostną, nie pozostawiając żadnej szczelinki, z powięzią brzuszną; ponad tem wszystkiem zszywa skórę. We wszystkich przypadkach, wyjąwszy jednego, przeszczepiony płat okostnej przyjął się dobrze, nawrotów nie było.

(*La Presse médicale. № 8. 1912*).

L. PORAZIŃSKI

König. *O doszczętnej operacyi dużych przepuklin, specyalnie brzusznych, załataniem.*

W dużych przepuklinach nieraz zawodzą zwykłe sposoby operacyjne, zwłaszcza jeżeli chodzi o nawroty i przepukliny pooperacyjne. W podobnych przypadkach stosuje König ze skutkiem od dłuższego czasu sposób prosty, bo na szew przykłada łatę, wziętą z powięzi lub okostnej, i przez to wzmacnia bardzo linię szwów. Bardzo dobrze nadaje się do tego celu zwłaszcza okostna goleni, którą można bezkarnie zabrać z kości prawie w całej długości.

W ten sposób poleca też K. wzmacniać i łatać szwy i ubytki tchawicy, pęcherza moczowego, żołądka, kiszek i t. p. Zwykle postępuje K. w ten sposób, że nad linią szwów rozpościera płat o 2 cm. dłuższy od linii, przymocowuje go na czterech rogach szwami zwykłymi, potem obrębia brzeg.

Do odkażania skóry zaleca König nalewkę jodową albo jeszcze prostszy sposób, mianowicie 5% spirytus z tymolem.

W ten sposób operował autor już nieraz i osiągnął wyniki bardzo korzystne.

(*Münch. med. Wochenschr. № 11. 1912*).

A. KLĘSK.

Dreesmann. *Doszczętna operacya przepukliny pachwinowej.*

W sprawie operacyi przepukliny pachwinowej panują jeszcze obecnie różne zapatrywania. Jedni twierdzą, że wystarcza zupełnie zaopatrzenie i szew worka przepuklinowego, inni znów kładą główny nacisk na zamknięcie kanału pachwinowego.

Verou w przepuklinie wrodzonej usuwa tylko worek przepuklinowy, w nabytej zaś stara się stworzyć nowy kanał pachwinowy. Radzi też skręcać zawsze worek przepuklinowy.

Lameris na mocy obszernej statystyki udowadnia, że szew kanałowy jest niepotrzebny, i nie daje wcale lepszych gwarancyi, niż samo zaopatrzenie worka. Nie ulega wątpliwości, że często warstwy przez nas zrobione ze względu na słabe rozwinięcie mięśni i powięzi nie wiele są warte, i często przerzy-

nają szwy, zwłaszcza tylne. Przedni szew znów ma najsłabsze miejsce przy przejściu przezeń sznura nasiennego, i dlatego operacye przepuklin u kobiet dają znacznie lepsze wyniki, niż u mężczyzn.

Lepsze już wyniki osiąga Hackenbruch, tworząc i tylną ścianę kanału z powięzi, lub Girard — tworząc przednią ścianę ze zdwojenia powięzi.

D. w swoim sposobie stara się znów kanałowi nadać taki kierunek, by w czasie działania tłoczni brzusznej raczej zamykał się on, a nie otwierał, a więc nie miał kierunku od wewnątrz i góry, do dołu i na zewnątrz.

Operuje następująco: cięcie skórne w przebiegu kanału pachwinowego, odsłonięcie powięzi m. skośnego zewnętrznego i przedzielenie tejże ale nie nad kanałem, lecz w linii niemal że równoległej do linii środkowej. Przez to uzyskuje się duży dolny płat powięzi, który podpreparowuje się aż niemal do więzu Pouparta. Odpreparowanie worka, skręcenie i podwiązanie, lub zaopatrzenie podług Kochera.

Następuje szew głęboki, łączący dośrodkowy brzeg powięzi m. skośnego zewnętrz. z tylną stroną więzu Pouparta. Zwykle najpierw dla ułatwienia daje autor tu dwa szwy materacowe, wkłuwając igłę od zewnątrz na wewnątrz, przez wiąz Pouparta o ile możności od dołu, potem zabiera powięź m. skośnego zewnętrz., włókna m. skośnego wewnętrznego i poprzecznego i znowu wraca od wewnątrz na zewnątrz, a wreszcie przez wiąz Pouparta od wewnątrz na zewnątrz. Po nałożeniu reszty szwów (sznur trzyma się uniesiony ku górze) przymocowuje uzyskany dolny płat powięzi m. skośnego zewn. do reszty powięzi, przez co uzyskuje dwie silne ściany, złożone z powięzi. Wyjście sznura nasiennego zaopatruje szczegółowo wzgl. z pomocą powięzi mięśnia prostego lub grzebieniowatego, odwróconej ku górze. Kanał pachwinowy ma obecnie przebieg z dołu do góry prawie prostopadle. Ranę skórną celem uniknięcia krwiaków sączkuje.

W razie parcia tłoczni brzusznej kanał zostaje tem więcej jeszcze zamknięty. Jak dotąd—ma autor wyniki co do trwałości znakomite.

(Medizin. Klinik. № 50. 1912).

A. KLĘSK.

Cripps. *O leczeniu raka kiszki stolcowej.*

Na mocy 445 przypadków podaje C. w tej sprawie następujące uwagi: mniej więcej $^1/_3$ przypadków nadaje się do doszczętnej operacyi, a po niej w 47% uzyskuje się trwałe wyleczenie.

Zwykle do rozpoznania wystarcza badanie palcem. W rakach, nie nadających się do operacyi doszczętnej (t. j. gdy są nieruchome i obejść palcem od góry ich nie można) próbować można jeszcze pachwinowej kolotomii, po której żyć mogą chorzy w stanie możliwym i do dwóch lat. C. nie operuje już obecnie od strony jamy brzusznej, lecz od krocza, względnie— kości krzyżowej. Nawroty występują zwykle w 3—4 miesięcy po operacyi, rzadko później.

Z 445 przypadków operował C. doszczętnie 107, u 151 zaś wykonał kolotomię. Ze 107 chorych zmarło 7, u 40 po kilku miesiącach nawroty i inne ciepienia, u 42 wynik trwały, w jednym już 26 lat.

(*Sekcya chirurg. 80 zebr. roczn. Brit. med. Assoc. w Liverpoolu*).

A. KLĘSK.

Schmitt. *Przedziurawienie kiszki stolcowej przy rektoskopii.*

Wypadki przedziurawienia kiszki stolcowej przy rektoskopii, nawet łagodnie i przez umiejętną rękę wykonanej, nie należą do wielkich rzadkości i S. dołącza do nich nowy. Mimo to powikłania te nie mogą osłabić naszego zaufania do tego tak wartościowego sposobu badania.

Przedziurawienie powstaje nieraz nawet daleko od chorego miejsca. Zachodzi pytanie, czy chirurg, w razie jeżeli pacyent jest uśpiony, może bez zezwolenia chorego przystąpić zaraz do operacyi zeszycia kiszki? Mimo tego, że sądy orzekały przeciwnie, autor nie wachałby się zaraz operować. We własnym przypadku uzyskał zaraz zezwolenie syna pacyenta, również lekarza.

(Münch. med. Woch. № 21. 1912).

A. KLĘSK.

Willige i Landsbergen. *Histologiczne rozpoznanie rozlanych schorzeń mózgowia z pomocą nakłucia tegoż.*

Z pomocą nakłucia mózgowia i uzyskania przez to cząstek tkanki nerwowej czy innej chorobowej udaje się nieraz rozpoznać dość pewnie sprawy zresztą niejasne. Technika: świdrem elektrycznym przebija się warstwy aż do opony twardej, poczem wyjmuje się świder i wsuwa w otwór kaniulę z mandrynem, przebija oponę twardą, usuwa mandryn i dołącza strzykawkę Lüera. Zwykle wystarcza wejść na 2 — 3 cm. głęboko, przyczem uzyskuje się wałeczek mózgu 1—2 cm. długi a 1—2 mm. szeroki, który można zupełnie dobrze ustalić i zabarwić.

W ten sposób postępowano w klinice nerwowej w Halli. O ile możności nakłuwa się część czołową mózgu. Nieraz uzy-

skać można przytem wartościowe wyniki np. w guzach, ropniach wzgl. zmianach paralitycznych. (Nissl Alzheimer).

Zabieg wspomniany przy odpowiedniej wprawie nie przedstawia większych niebezpieczeństw.

(*Münch. med. Woch. № 1. 1912*).

A. KLĘSK.

Payr. *O sączkowaniu komór mózgowych u chorych na wodogłowie.*

Przed kilkoma laty autor zdawał sprawę z prób sączkowania komór mózgowych do krwiobiegu w przypadkach wodogłowia: po wykonaniu otworu w czaszce, przebijano trójgrańcem istotę mózgową aż do komory bocznej, a w wytworzony w ten sposób kanał wprowadzano przeszczepioną tętnicę lub żyłę, której koniec obwodowy wszywano do zatoki podłużnej. Do tej pierwotnej metody Payr wprowadził następujące zmiany. Zamiast żyły o ścianach miękkich bierze tętnicę (psa lub cielęcia), poddaje ją działaniu formaliny, potem—parafiny, obleka ją żyłą osobnika operowanego, wprowadza w utorowany trójgrańcem kanał w istocie mózgowej, koniec zaś tej rurki wszywa do żyły na szyi. (Carrel i Guthrie dowiedli zdolności wgajania się naczyń, trzymanych przez dłuższy czas w soli kuchennej lub w płynie Locke Ringera przy ciepłocie 0^0, po wstawieniu takich albo i gotowanych w ciągu kilku minut naczyń do krwiobiegu tętniczego, można było nawet po dłuższym przeciągu czasu spostrzegać ich tętnienie). Inne udoskonalenie tej metody polegało na nakłuwaniu komory bocznej nie w przedniej jej części, lecz w miejscu tylnego lub dolnego rogu, co pozwalało przeszczepione naczynie wszywać do żyły na szyi—do szyjnej wewnętrznej lub twarzowej wspólnej. Otwieranie zatoki podłużnej, choć P. nie spostrzegał po niem następstw niepomyślnych, budzi pewne obawy, w dodatku, wszywanie naczynia do zatoki jest trudniejsze, niż do żyły na szyi.

Przed wykonaniem zabiegu ustalić należy: 1) nadmierne nagromadzenie się płynu w komorach bocznych; 2) ich umiejscowienie; 3) ciśnienie, pod jakiem znajduje się płyn. Co do pierwszego przekonać się należy na kilka dni przed zabiegiem, robiąc nakłucia na linii, łączącej górne brzegi wyrostków sutkowych Jednocześnie określamy ciśnienie płynu, część jego bierzemy do zbadania i notujemy grubość warstwy mózgu, oddzielającej nas od komory. Właściwy zabieg wykonywa P. po upływie paru dni od nakłucia, wprowadzając do wytworzonego trójgrańcem w istocie mózgowej kanalu przygotowaną, jak opisano wyżej, tętnicę, powleczoną żyłą osobnika operowanego. Koniec tej ostatniej przeciąga autor przez wytworzony na tępo

kanał podskórny, prowadzący od otworu w czaszce na szyję, gdzie wszywa wspomniany sączek w żyłę.

Prócz sączkowania komór do żył, rozporządzamy jeszcze innemi metodami, jako to: łączeniem komór z przestrzenią podpajęczą, z przestrzenią pod oponą twardą, z przestrzenią podpowięziową lub z luźną tkanką łączną w dole klinowoszczęko wym; dalej, stosowano sączkowanie do jam surowiczych, przedewszystkiem, przestrzeni podoponowej rdzenia do jamy brzusznej, wewnętrzne sączkowanie III komory przez otworzenie sklepienia tej ostatniej (Balkenstich—Anton, Bramann), wreszcie wielokrotne nakluwanie czy to komory, czy też opon rdzenia. Nakłuciu sklepienia III komory (Balkenstich) daje Payr pierwszeństwo przed sączkowaniem komór na powierzchnię półkól mózgowych, gdyż mały otwór po tym ostatnim zabiegu pod wpływem wzmożenia się ciśnienia w komorach może uledz zamknięciu przez przyciśnięcie mózgu do czaszki, co jest niemożliwe po pierwszym zabiegu.

W wyborze metody operacyjnej należy kierować się etiologią cierpienia, wiekiem chorego i wogóle obrazem klinicznym. O wyniku zabiegu decydują niekiedy zmiany anatomiczne w mózgu: nawet jednorazowe np. nakłucie może dać pomyślny wynik w przypadku tak zwanego wentylowego zamknięcia normalnych dróg odpływu dla płynu mózgowordzeniowego, gdy w razie obecności zrostów lub zniekształceń zabieg taki okazać się może zawodnym.

Co do leczenia poszczególnych postaci wodogłowia—autor daje następujące wskazówki. Sączkowanie komór do naczyń krwionośnych uważa P. za niewłaściwe u maleńkich, słabych dzieci, z dużem wodogłowiem i u starszych (do 2 lat) z obwodem głowy powyżej 60—65 cm. W takich przypadkach wskazane bywa wielokrotne nakłuwanie komory lub opon rdzenia. Dalej, za niezupełnie bezpieczne uważać trzeba sączkowanie do żył w świeżych przypadkach wodogłowia, powstałych wskutek zapalenia opon mózgowych, a to ze względu na możliwość wprowadzenia ciał trujących do krwiobiegu. Wskazane jest ono natomiast w pozostałych wrodzonych, lub nabytych postaciach wodogłowia z dużą obfitością płynu. W nabytem wodogłowiu, w późniejszym nieco wieku, w razie braku wybitnego powiększenia wymiarów czaszki można zastosować nakłucie sklepienia III komory—zabieg względnie niewielki, a dopiero w razie wyniku ujemnego uciec się do sączkowania do żyły. To ostatnie bywa zwłaszcza wskazane u chorych z wysokiem ciśnieniem wewnątrzczaszkowem (brodawka zastoinowa), i wobec grożącej ślepoty. Niebezpieczeństwa, połączone z tym zabiegiem, po za uśpieniem i wstrząsem, polegają: 1) na zaburzeniach w krążeniu wewnątrzczaszkowem wskutek szybkiego odpływu

płynu mózgowordzeniowego; 2) na zakażeniu opon mózgowych, co zdarzyć się może przy przesączaniu się płynu mózgowordzeniowego przez szwy, lub w razie utworzenia się przetoki, wydzielającej ten płyn (zapobiega temu skrzętne zaszycie opon). Dostawania się krwi do komór nie spostrzegano.

Dla oceny wartości powyższego sposobu operowania powołuje się P. na dane kliniczne, jako też badanie pośmiertne. Co do pierwszego, to w niektórych przypadkach już wkrótce po zabiegu poprawiał się stan umysłowy i cielesny chorych, znikały przykurcze, dzieci zaczynały chodzić i mówić. Na 18 operowanych przypadków w 15-u chodziło o wodogłowie w czystej postaci, w tem 7 zejść śmiertelnych. 8 razy wykonano połączenie z krwiobiegiem: 4 — z zatoką podłużną, 4 — z żyłą na szyi. W siedmiu przypadkach wykonano sączkowanie do przestrzeni podoponowych lub podpowięziowych. Wrodzonych postaci było 7, co do 3-ch z pośród nich zanotowano ważny czynnik etiologiczny—ciężki poród, względnie kleszcze. Na 8 nabytych przypadków wodogłowia w 4-ch miało ono za przyczynę przebyte cierpienia zakaźne, w 2-ch zanotowano przymiot (leczenie swoiste bez wyniku), w 2-ch przyczyny nie udało się określić. Najmłodszy operowany miał 6 miesięcy, najstarszy — 20 lat. Śmiertelność pooperacyjna wynosi 38,8%, co w części przypisać trzeba zastarzałym przypadkom i złemu stanowi ogólnemu, w części wadliwej technice. W dwóch przypadkach przyczyną śmierci był zbyt gwałtowny odpływ płynu mózgowordzeniowego, w jednym—bezpośrednie zakażenie, w 4 ch — wtórne zakażenie komór lub opon przez powstałą przetokę. To ostatnie rozwijało się niekiedy po upływie $^1/_2$ roku. Co się tyczy osiągniętych wyników, to w 3 przypadkach polepszenie stanu chorego trwa już $1^3/_4$—$2^3/_4$ lat. W przypadkach tych upośledzony z powodu zastoiny wzrok wrócił do normy, władze umysłowe tak się rozwinęły, że dzieci nauczyły się mówić. W paru innych przypadkach polepszenie było mniej wybitne lub zbyt świeżej daty, w 2-ch — wątpliwe, w 1-m — po zadziwiającej poprawie wróciły dawne zaburzenia w następstwie cierpień zakaźnych. Na 8 więc chorych, którzy wyżyli po zabiegu, w 4-ch osiągnięto trwałą poprawę lub wyzdrowienie.

Badanie pośmiertne przypadków niepomyślnych stwierdzało zawsze drożność połączenia komór z krwiobiegiem i brak zakrzepów.

(Archiv f. Klin. Chirurg. 95, 4)

BR. SZERSZYŃSKI.

Eiselsberg. *Moje wyniki operacyjne w guzach mózgu.*

E. donosi o wynikach swych 100 operacyi mózgowych, z czego 13 odnosi się do przysadki, a 10 do założenia wentyli

Z pozostałych 77 zmarło 48, 32 wskutek operacyi. 12 przypadków guzów mózgu miewa się po operacyi zupełnie dobrze (4 glejaki, 6 śródbłoniaków, 1 naczyniak, 1 mięsak czerniaczkowy). Wogóle bardzo mało operował E. dobrotliwych torbieli. Niepomyślne rokowania dają guzki gruźlicze i rozlany glejak, najlepsze guzy acusticus.

Zapobiegawczo radzi E. przed operacyami podawać atropinę, która odkaża płyn mózgowordzeniowy. Operować należy o ile możności bezkrwawo, tamować skrupulatnie każde krwawienie, wzgl. operować dwuczasowo, unikać stałej tamponady i sączkowania, a ubytki opony twardej pokrywać plastycznie np. powięzią.

(Wiener klin. Wochenschr. № 1. 1912).

A. KLĘSK.

Anton i Bramann. *Dalsze doniesienia o zmniejszaniu ciśnienia mózgu z pomocą nakłucia spoidła.*

Operacya, proponowana przez autorów, znalazła już liczne zastosowanie zwłaszcza, że trepanacye, często przy wzmożonem ciśnieniu stosowane paliatywnie, zawodzą, a stanowią bądź co bądź duży zabieg, przedstawiający dla chorego niebezpieczeństwo. Jeszcze nie znalazły szerszego zastosowania sączkowania wodogłowia sposobem Mikulicza i Payra.

Nakłucia spoidła dokonać można zupełnie dobrze w znieczuleniu miejscowem. Komunikacya utrzymuje się potem z przestrzenią podoponową bardzo długo, bez użycia ciał obcych. Z pomocą zgłębnika można stworzyć i komunikacyę z komorą trzecią.

Nakłucie spoidła może nieraz oddać wartościowe usługi, jako zabieg przygotowujący do wyłuszczenia guza. Można też próbować z niego leczniczych wlewań podług Horsleya. Stosowano nakłucie we wrodzonem i nabytem wodogłowiu, guzach mózgu, przysadki, tyłu czaszki i t. p.

Nieraz udaje się w guzach komór wyczuć takowe zgłębnikiem podczas zabiegu. Przez sam zabieg nie stracono żadnego chorego.

Nieraz nakłucie działa znakomicie na tarczę zastoinową.

W końcu zachęcają autorowie do prób z usuwaniem nadmiernego ciśnienia mózgu przez sączkowanie samych nerwów ocznych śródczaszkowo. Bramann starał się to uczynić w jednym przypadku. Płyn odprowadza się względnie po nacięciu pochewki nerwu przez kanały łzowe, lub wewnętrzną cienką ścianę oczodołu.

(Münch. med. Woch. № 45. 1911).

A. KLĘSK.

Chiari. *O odmianie operacyi Schloffera guzów przysadki.*

W 2 przypadkach guzów przysadki modyfikował C. z korzyścią sposób Schloffera następująco:

Cięcie skórne zaczyna powyżej wewnętrznego kąta oka, sięga aż do wyrostka czołowego szczęki górnej. Okostnę odsuwa się. Wycięcie górnej części wyrostka, usunięcie średniej muszli, kości sitowej i większej części lamina papyracea. Pod kierunkiem reflektora wycięcie przedniej ściany jamy kości klinowej, tylnej części przegrody nosa i septum sphenoidale. Wtedy staje się zwykle widoczny guz przysadki.

Sposób ten ma te zalety, że operować można jednocześnie i z małego cięcia, i w krótkim czasie dochodzi się do guza, mając przytem bardzo szerokie pole operacyi i bardzo dostępne.

(Wiener klin. Wochenschr. № 1. 1912).

A. KLĘSK

Ernest Holzbach. *Pooperacyjne zapalenie otrzewnej, specyalnie zapalenie otrzewnej biegunkowe (peritonitis diarrhoica).*

Holzbach na 500 cięć brzucha widział 18 przypadków śmiertelnego zapalenia otrzewnej, pomiędzy nimi 10 przypadków typowego zapalenia, a 8 przypadków nietypowego: mianowicie—zapalenia biegunkowego (peritonitis diarrhoica), jak tę odmianę H. nazwać pragnie. Podczas, gdy klasyczne zapalenie otrzewnej przeciętnie zabija w przeciągu trzech dni, zapalenie biegunkowe ma przebieg odmienny, mianowicie przewlekły i zabija dopiero po 8—14 dniach.

Podczas gdy w klasycznem zapaleniu otrzewnej tętno wkrótce po operacyi nagle staje się szybkie, co już robi rokowanie niepomyślnem, tutaj tętno powoli przyśpiesza się cokolwiek, aby znów stać się wolnem, nawet dojść do normy i podskoczyć dopiero nagle krótko przed zejściem śmiertelnem.

Następnie—brak tutaj swoistego dla klasycznego zapalenia otrzewnej napięcia mięśni ściany brzusznej, oraz silnego bólu zarówno samoistnego, jak i od dotyku. Ważne jest dalej, że ból w biegunkowem zapaleniu otrzewnej bywa ograniczony, umiejscowiony w podbrzuszu, co stanowi ważną wskazówkę dla odróżnienia jednej postaci pooperacyjnego zapalenia otrzewnej od drugiej.

Po trzecie, w atypowem zapaleniu otrzewnej brak znamiennego dla zapalenia typowego napięcia ściany brzusznej wskutek bębnicy, ponieważ nie występuje tu od razu porażenie kiszek, lecz przeciwnie tutaj występuje ogromnie wzmożona czynność kiszek z obfitemi wypróżnieniami biegunkowemi. Rozwolnienie zaczyna się zwykle na drugi, trzeci dzień po operacyi,

powtarza się stale licząc aż do 10—15 wypróżnień dziennie. Są to wypróżnienia wodniste, zawierające niestrawione części pokarmów spożytych, często wydzielające się, wystrzykując jakby z sikawki z towarzyszeniem silnych bólów.

Klasyczne zapalenie otrzewnej pooperacyjne jest paralityczne! Przebieg atypowego jest wręcz odmienny. Wśród zmiennych, nie niepokojących objawów prodromalnych, nie noszących cech peritonitycznych, powstaje pomiędzy 2 i 4 dniem obraz kliniczny, którego wybitną cechą jest obfite rozwolnienie.

Zależnie od rodzaju zakażenia występują obfite wypróżnienia, czasami bez jakichkolwiek wybitniejszych dolegliwości, czasami w towarzystwie wzmagających się objawów septycznych. Odpowiednie jest tętno. Brzuch zwykle jest miękki, nie wzdęty. Jeśli zjawi się bębnica, to ogranicza się do podbrzusza, powoli zwiększa się wzdłuż bocznych ścian brzucha, średnia zaś okolica brzucha oraz okolica żołądka pozostają niewzdęte. Prócz początkowego odbijania się i dławienia wymiotów niema, zarówno i innych objawów zapalenia otrzewnej, występują one dopiero pod koniec sprawy.

Wskutek stałej znacznej utraty wody język zasycha. Przeciętnie po 8, czasami dopiero po 12 lub 14 dniach następuje śmierć wśród objawów wzmagającego się porażenia nerwów naczynioruchowych.

A zatem dla biegunkowego zapalenia otrzewnej jest charakterystyczne nieznaczne natężenie objawów miejscowych, nieznaczny odczyn ogólny ustroju. Peritonityczne objawy stają się wyraźne dopiero pod koniec sprawy, ciężka niedomoga występuje dopiero wkrótce przed śmiercią.

W zwykłem zapaleniu otrzewnej rozlanem na całym obszarze otrzewnej wchłania się ogromna masa toksyn, tutaj zaś niema takiego rozległego zalania otrzewnej wytworami jadowitymi drobnoustrojów, występuje ono dopiero późno w chwili przyśpieszenia się tętna. Tutaj ogólne zapalenie otrzewnej przyłącza się dopiero później, gdy zakażenie z umiejscowionego ogniska dostanie się do wolnej jamy brzusznej. Nie jest to więc peritonitis bez bólów, lecz wogóle niema tu początkowo ogólnego zapalenia otrzewnej. Gdy więc w biegunkowem zapaleniu otrzewnej niema ani porażenia kiszek, ani bębnicy, dowodzi to, że niema tu jeszcze w wolnej jamie otrzewnej czynników, zapalenie wywołujących. Rozwolnienie może tu być trojakiego pochodzenia: endogennego — z kiszek; ektogennego — z jamy brzusznej, lub hematogennego: septyczne substancye z umiejscowionego ogniska krążą we krwi i przez kiszkę zostają wydalone.

Dane nekropsyi zapalenia otrzewnej biegunkowego zbliżają się do danych nekropsyi po rozlanem typowem zapaleniu

otrzewnej, lecz podobieństwo takie powstaje dopiero w ostatnim okresie sprawy. Przy nekropsyi biegunkowego zapalenia otrzewnej ma się wrażenie świeżutkiej, tylko co powstałej sprawy zapalnej, w miednicy zaś znajdujemy jedno lub kilka ognisk, z których właśnie zakażenie dostało się do wolnej jamy otrzewnej. Kiszki zdradzają małe zmiany: niema ani zaczerwienienia kiszek, ani obrzęku, zaledwie na okrężnicy widać cokolwiek przekrwienia. Natomiast mała miednica zawiera otorbione ogniska ropne wewnątrzotrzewnowe, opłukujące odbytnicę lub esicę. Obfite rozwolnienia są analogiczne do takichże rozwolnień w połogowem septycznem zapaleniu otrzewnej. Tu i tam wchłaniają się septyczne produkty przez otrzewną kiszek.

Biegunkowe zapalenie otrzewnej jest więc początkowo: umiejscowione, wychodzące z otorbionego ropnia wewnątrz- lub zewnątrzotrzewnowego. Dopóki bariera pętel kiszek, zakrywających wejście do małej miednicy, pozostaje ścisła, zapalenie pozostaje umiejscowione, skoro zaś bariera ta zostanie przełamana ku górze, następuje zapalenie otrzewnej wstępujące, szybko uogólniające się.

Dla czego w jednym przypadku powstaje zapalenie otrzewnej ogólne, a w drugim sprawa pozostaje umiejscowiona?

Podług Holzbacha, zależy to po pierwsze od terytoryum operacyjnego, a powtóre — od zasłonięcia kiszek przed operacyą, w trakcie operacyi i po operacyi.

Wnioski: rozwolnienia dowodzą istnienia otorbionego ogniska ropnego w terytoryum pooperacyjnem, które to ognisko woła o operacyjne opróżnienie.

Rozpoznanie więc jest łatwe, skoro zaś rozpoznanie peritonitidis diarrhoicae incipientis jest ustalone, wypada jaknajprędzej operować podług zasad ogólnochirurgicznych.

Jeszcze ważniejsze jest zapobieganie: odosobnienie pola operacyjnego serwetami i t. p. od wolnej jamy otrzewnej w początku operacyi, w trakcie tejże, a gdzie potrzeba — i na pierwsze kilka dni pooperacyjnych. Jako sączek gaza nic nie warta, lecz aby wywołać odosobnienie przyszłego ropnia jest środkiem wyśmienitym. Holzbach zaleca swego pomysłu tak zwany „Pilztampon“.

Wkładanie swego tamponu opisuje on w sposób taki: w położeniu Trendelenburga opadające na przeponę kiszki pokrywamy poczwórnie złożoną serwetą z gazy, obrębioną dokoła, długości jednego metra na dwie trzecie metra szerokości, na serwetę kładzie zaszytą w gazę gąbkę, a na wierzch jeszcze jedną serwetę, wypychając ją wszelkie zaułki boczne jaknajściślej.

Holzbach napaja górną serwetę rozczynem soli kuchennej, a przy końcu operacyi usuwa tylko powierzchowną warstwę

gazy oraz poduszeczkę, gąbkę zawierającą — podczas gdy serweta najprzód założona pozostaje nietknięta. Wolne końce serwety wyprowadza on przez dolny kąt rany brzusznej. Ta pierwsza serweta jest to worek z gazy. Do worka tego włożone są paski z gazy w ilości sześciu. Worek pozostawia w jamie brzusznej aż na kilka dni po operacyi, a paski w miarę potrzeby wyciąga.

Wolne końce worka Holzbach wyprowadza albo przez dolny kąt rany brzusznej, albo przez otwór, w pochwie zrobiony.

Klinika w Tubindze, powodując się kolosalnem zaufaniem Rehna do bakteryobójczej siły otrzewnej, przez $2^1/_2$ lata unikała stosowania worka Mikulicza, ponieważ jednak od czasu do czasu po doszczętnem zamykaniu rany brzusznej zdarzały się przypadki wtórnego zapalenia otrzewnej, z małej miednicy wstępującego do góry i na 8 — 10 dzień zabijającego, Holzbach, jak większość ginekologów, dziś znów skłania się do zapobiegawczego stosowania worka z gazy.

(*Hegars Beiträge zur Geburtshuelfe und Gynäkologie B. XVI, H. II*).

FR. NEUGEBAUER.

Prof. Bujwid. *Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk.*

Oddawna wiadomo, że zupełne wyjałowienie naskórka rąk jest niemożliwe, i dlatego więcej obecnie chodzi nam o zmniejszenie liczby drobnoustrojów, zwłaszcza ropotwórczych, na skórze. Celem wypróbowania wartości różnych środków powlekał B. wraz z Szulcem brzuśce palców hodowlą agarową gronkowców, jako trudniejszych do zniszczenia od paciorkowców, i po wyschnięciu warstewki pocierał skórę wacikiem, zmaczanym w środku odkażającym 10—30 razy.

Ze wszystkich środków najskuteczniejszym okazał się wyskok 50—75%, natomiast absolutny i 96% działa znacznie słabiej, potem — lyzol 3%. Słabo zaś działają lyzoform i boroform, 3% formalina i t. p. 5% alkohol działa lepiej, niż sublimat 1‰.

Do odkażania rąk nadaje się, podług B., najlepiej obmycie staranne parominutowe wodą z mydłem (ale bez szczotki, która może zarazki głęboko wprowadzić), a potem wytarcie dosyć silne wilgotnych rąk mocnym alkoholem. Jeżeli ręce są suche, użyć należy alkoholu cieńszego (50%). Sposób ten nadaje się głównie do operacyi szybko wykonywanych.

Pole operacyjne najlepiej wyjaławia 2 — 3 krotne pociągnięcie jodyną. Nadmiar jodyny można zobojętnić rozczynem węglanu sodowego, wytwarzającego obojętny jodek i jodan sodowy.

(*Posiedz. Tow. lek. krak. 23 listop. 1910*).

A. KLĘSK.

Schede. *Suche czy mokre rękawiczki gumowe?*

Sporne jest pytanie, czy lepiej używać rękawiczek gumowych „na sucho“, czy „na mokro“ wyjałowionych. Skóry absolutnie zupełnie odkazić nie można i zawsze z biegiem operacyi gromadzą się drobnoustroje w rękawiczce, i w razie, co często ma miejsce, uszkodzenia rękawiczki, dostać się mogą w większej ilości do rany.

Z tego też powodu radzą niektórzy wkładać rękawiczki, wyjałowione „na mokro“ w antyseptyku, by zarazem zabijał on owe drobnoustroje w soku. Inni znów twierdzą, że o wiele pewniej jest zapobiegać gromadzeniu się drobnoustrojów przez suche zupełnie trzymanie ręki, a to z pomocą pudru.

Autor badał bakteryologicznie obą sposoby i przekonał się, że bezwarunkowo postępowanie suche ma wyższość nad mokrem, gdyż spotyka się przy niem znacznie mniej kolonii, niż przy mokrem.

(Niestety, wobec pocenia się rąk, zwłaszcza pod wpływem gumy, t. zw. postępowanie suche jest prawie wyłączone).

(Münch. med. Woch. № 21. 1911).

A. KLĘSK.

Kaczvinsky. *W sprawie antyseptyki pooperacyjnej.*

Już przed kilkoma laty autor nawoływał do zapobiegawczych wewnątrzmięśniowych wstrzykiwań chininy celem uniknięcia pooperacyjnego zapalenia otrzewnej. Biorąc naogół — propozycya ta nie znalazła wśród chirurgów poparcia. Wyjątek pod tym względem stanowi analogiczny pomysł Elsberga, który podczas leczenia następczego po operacyach mózgowych daje chorym urotropinę, która w postaci formaldehydu rozpuszcza się w płynie mózgowordzeniowym i działa jako środek przeciwgnilny. Wreszcie Hirschel wstrzykiwał w ciężkich przypadkach brzusznych olejek kamforowy do jamy otrzewnej.

W ostatnich czasach autor stosował wstrzykiwanie chininy po operacyach w małej miednicy i na wyrostku, podczas których pole operacyjne ulegało zakażeniu przez ropę.

Przypadki te różniły się pod względem leczenia następczego od innych tem, że jamę brzuszną zaszywano całkowicie. W ciągu 8 miesięcy autor wykonał 23 cięcia brzucha, z których 12 przypada na zapalenie wyrostka robaczkowego, 11 zaś na ropne sprawy w przydatkach. Wszystko to były przypadki, w których dawniej autor byłby bezwarunkowo zastosował worek Mikulicza. Stosując zaś podczas okresu pooperacyjnego wstrzykiwania chininy w sposób opisany poniżej, autor otrzymał w przypadkach tych wyniki następujące.

Wszystkie przypadki ginekologiczne zagoiły się przez rychłozrost z wyjątkiem jednego, w którym wytworzyła się przetoka, która wszakże zagoiła się w krótkim czasie.

Z przypadków zapalenia wyrostka 6 zagoiło się przez rychłozrost, w 4 utworzył się ropień podskórny, jeden zagoił się per secundam, w jednym z powodu a priori już ciężkiego stanu nastąpiła śmierć.

Do wstrzykiwań używano wodnego rozczynu chinini bisulfurici 1 : 11. Bezpośrednio po operacyi wstrzykiwano 3 dawki po 3 cm. sz. tego rozczynu w mięśnie — czyli 0,75 chininy. Wstrzyknięcie powtarzano jeszcze dwa razy w ciągu dnia tak, że chory w dniu operacyi otrzymywał 2,25 chininy. Nazajutrz chory otrzymywał 4 razy po 3 dawki — czyli 3,0 chininy, i następnego dnia w tej samej ilości. Jeżeli dalszy przebieg był pomyślny, na 4 dzień zaczynano stosować chininę przez usta w ilości 0,25 co 6 godzin; w przeciwnym zaś razie powracano do wstrzykiwań wewnątrzmięśniowych.

Ujemną stronę stosowania chininy stanowi szum w uszach, potęgujący się niekiedy aż do głuchoty; zjawisko to ustępuje wszakże szybko po zaprzestaniu wstrzykiwań.

Mętodę swoją autor w ostatnich czasach zaczyna również stosować, jako środek zapobiegawczy w przypadkach ciężkich urazów: w tych razach chorzy zażywają chininę przez usta. Pracę zamyka przytoczenie 23 historyi chorób, potwierdzających wypowiedziane przez autora poglądy.

(*Arch. f. Chir. T. 93. Z. 4*).

A. WERTHEIM.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

M. Potocki. *Leczenie wypadnięcia macicy.*

I. Leczenie zapobiegawcze: a) Podczas ciąży. Gdy szyja macicy znajduje się w szparze sromowej, lub z niej wystaje, należy macicę odprowadzić na miejsce i trzymać chorą w łóżku. W jednym przypadku wypadnięcia rzekomego, wskutek przerostu części pochwowej szyi, w piątym miesiącu ciąży autor wykonał z dobrym skutkiem i bez przeszkody dla ciąży odcięcie części przerośniętej. W razie przerostu części nadpochwowej szyi autor radzi zadowolić się tylko odprowadzeniem i trzymaniem w łóżku. b) Podczas porodu. W okresie rozszerzania,

jeśli grozi opuszczenie macicy przed całkowitem rozszerzeniem ujścia, trzeba uważać, by rodząca nie wykonywała wysiłków wypierających, również nie należy nakładać kleszczów przed całkowitem rozszerzeniem się ujścia macicy. W okresie wypierania zdarza się nieraz, że głowa płodu pcha przed siebie dolną część pochwy, pęcherza i cewki moczowej, wtedy z pożytkiem można wykonywać, szczególnie u wieloródki, rękoczyn prosty, który polega na odpychaniu palcem ku małej miednicy części wypadniętych. c) Po porodzie. W razie rozdarcia należy zawsze zeszywać krocze. Należy szwem zbliżyć nietylko skórę i śluzówkę, ale i głębokie warstwy mięśniowe i inne. Autor radzi w dużych rozdarciach krocza dawać nie więcej, niż trzy szwy. d) Okres zwijania się macicy. Autor wyszczególnia wpływ karmienia piersią na tę sprawę; radzi także trzymać pacyentkę w łóżku do trzech tygodni.

II. Leczenie zachowawcze znajduje zastosowanie u tych kobiet, u których operacya jest stanowczo przeciwwskazana. Należy wówczas pacyentkę trzymać w łóżku i stosować przemywania gorące przez pochwę i odbytnicę. Te środki, jak również i kolumnizacya, nic nie pomogą, gdy wypadnięcie macicy już uformowało się; mogą jednak być skuteczne w tych razach, gdy wypadnięcie nastąpiło nagle i z bólami, lub też gdy kobieta znajduje się w okresie bardzo blizkim przekwitania. Misienie okazało się w wielu razach, nawet w zupełnem wypadnięciu macicy, bardzo pożyteczne; należy połączyć je z gimnastyką do wzmocnienia krocza. Elektryzacya również bywa stosowana. Wianki są użyteczne tylko wtedy, gdy wypadnięcie macicy nie jest powikłane opadnięciem pęcherza i odbytnicy.

III. Leczenie chirurgiczne. Autor kładzie nacisk na to, że zabiegi chirurgiczne mogą być stosowane tylko u kobiet starszych po ustaniu miesiączki, lub też w warunkach wyjątkowych: a) Samo zeszycie krocza jest operacyą niedostateczną, mającą wartość zabiegu zapobiegawczego. W przypadkach powikłanych należy wykonać zeszycie krocza i pochwy. Autor szczegółowiej zastanawia się nad sprawą zszywania dźwigaczy odbytu ze względu na jej nowość i niedogodność z punktu widzenia położniczego. Ceni on zszywanie dźwigaczy odbytu, lecz zapytuje, czy nie stanowi ono następnie przeszkody w porodzie w okresie wypierania główki. Jeden przypadek Bonnaira wykazuje, że zszycie mięśni krocza głębokie z otrzymanem zwężeniem dróg rodnych może kiedyś wywołać niebezpieczeństwo w chwili porodu, ponieważ wytwarza układ anatomiczny nieprawidłowy przez zbliżenie wewnętrznych stron dźwigaczy i tworzy nową tkankę w tylnej ścianie pochwy, co zmniejsza jej sprężystość. Autor więc wnioskuje, że u kobiet młodych

nie należy zszywać dźwigaczy zbyt wysoko, co najwyże — 2 cm. ponad kroczem; zszycie takie nie będzie przeszkadzało przejściu główki przez ujście pochwy.

Dobre wyniki zszywania dźwigaczy za tylną ścianą pochwy podsunęło niektórym chirurgom myśl zszywania ich z przedniej strony pochwy. Dokładnie opisawszy technikę tej metody, autor wypowiada opinię, że ta operacya wydaje mu się słuszną, jednocześnie przypuszcza, że nie zdoła ona, sama przez się, usunąć wypadnięcia macicy; zresztą została ona stworzona głównie dla oddziałania na przepuklinę pęcherzową w wypadaniu macicy.

Uznaje za pożyteczne wycięcie części ściany pochwy, albowiem ściana pochwy i krocze zawsze zrastają się doraźnie, wszelkie zaś ropienie pochodzi z zewnątrz. Wycięcie części śluzówki daje możność dokładnego połączenia śluzówki ze skórą, zmniejsza zbytnią wiotkość ściany pochwowej i przywraca pochwie jej wymiary prawidłowe.

Potocki podaje opis swojej techniki operacyjnej, która składa się z momentów następujących: 1) określenie rozmiarów odświeżania, 2) nacięcie krocza i jego odświeżenie, 3) rozdzielenie przegrody pochwowoodbytniczej, 4) wycięcie płata pochwowego, 5) zszycie pochwy, 6) odszukanie i zszycie dźwigaczów odbytu, 7) zszycie krocza.

Autor opisuje także szczegółowo zszycie przedniej ściany pochwy. Nie mogąc tu przytoczyć bardzo licznych szczegółów techniki osobistej autora, odsyłamy czytelnika do tekstu.

W końcu sądzi, że tylko w dwóch okolicznościach należy odcinać szyję: gdy jest przerośnięta i gdy posiada zmiany na części pochwowej.

(Annales de Gynécologie et d'Obstetrique. Styczeń, Luty. 1912).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Daniel J. Cranwell. *Wylew krwi do otrzewnej wskutek pęknięcia pęcherzyka Graafa.*

Autor opisuje chorą, która miała wszystkie objawy krwotoku wewnętrznego po pęknięciu ciąży pozamacicznej. Podczas operacyi jednak ciąży jajowodowej nie znaleziono, przyczyną zaś silnego krwotoku był jajnik, trochę powiększony, z małym otworem na stronie górnej, skąd jeszcze krew sączyła się. Po zbadaniu drobnowidzowem jajnika okazało się, że mała jama krwawiąca odpowiadała zupełnie prawidłowemu pęcherzykowi Graafa, pękniętemu w czasie miesiączki.

Powyższe spostrzeżenie dowodzi, że nie zawsze krwotok wewnętrzny jest skutkiem pęknięcia ciąży pozamacicznej. W pracach francuskich z ostatnich czasów wskazywano na różne

przyczyny krwotoków wewnętrznych: pęknięcie torbieli krwistych jajnika, krwiak jajowodu, włókniaki macicy. Podobnych przypadków we francuskiem piśmiennictwie jest sporo i we wsystkich opisano jakąś zmianę chorobową narządów rodnych. W przypadku zaś autora krwotok nastąpił wobec zupełnie zdrowych narządów rodnych, jedynie wskutek pęknięcia prawidłowego pęcherzyka Graafa w okresie miesiączkowym. Autor znalazł tylko trzy podobne przypadki w piśmiennictwie. Trudno dociec przyczyny krwotoku; przed krwotokiem pacyentka nie przechodziła żadnej choroby i nie była dotknięta krwawiączką.

(Annales de Gynécologie et d'Obstetrique. Kwiecień. 1912).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

M. E. Mériel. *Niedrożność jelit wskutek zawęźlenia jelita cienkiego w trzecim miesiącu ciąży.*

30 letnia pierworódka, od dwóch dni wymioty, zatrzymanie wiatrów i stolca. Obmacywanie brzucha wzdętego wykazało w dole biodrowym prawym masę okrągłą, twardą, mało ruchomą. Rozpoznano niedrożność jelit. Operacya: Macica ciężarna, wystająca na 4 palce ponad spojeniem łonowem, pochylona na prawo. Kiszka ślepa spłaszczona, odcinała się od kiszek cienkich, rozdętych i obrzmiałych. Nie było żadnego guza okołomacicznego, żadnych zrostów chorobowych, żadnego uchyłka Meckela, żadnego uwięźnięcia w jakimkolwiek otworze przepuklinowym zaotrzewnowym, a jednak pętle jelita cienkiego były zwinięte w kłębek w prawem podbrzuszu. Można było sądzić, że było to zawęźlenie jelit. Bliższe badanie wykazało jedną pętlę jakby przeciętą ze strony tylnej: było to prawdziwe przedarcie wszystkich warstw na 3 cm. długie, które zeszyto. Zbyt długą krezkę jelit cienkich skrócono. Pozatem znaleziono zrost silny natury niezapalnej, który przyciągał jajnik i jajowód prawy ku tylnej stronie kiszki ślepej. Być może, owa przedarta pętla została uwięziona pomiędzy przechyloną macicą ciężarną i ścianą kostną miednicy.

Z powyższego widać, że w danym przypadku niedrożności jelit rola macicy ciężarnej, aczkolwiek prawdopodobna, nie jest jednak faktycznie dowiedziona.

Śmiertelność na skutek samozatrucia jelitowego w omawianych przypadkach jest duża: dla matek — 76% nieoperowanych i 53% operowanych, dla dzieci — 66% (bez operacyi) i 38% (z operacyą).

(Annales de Gynécologie et d'Obstetrique. Styczeń. 1912).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Gouilloud. *Laparotomia w uwięźnięciu tyłopochylonej macicy ciężarnej.*

Autor opisuje przypadek uwięźnięcia macicy ciężarnej. Ciąża była czteromiesięczna. Badanie wykazuje tyłopochylenie; w jamie miednicy czuje się chełbotanie; przy naciskaniu tylnej ściany pochwowej wypływa mocz.

Cięcie brzucha. Pęcherz rozciągnięty. Macica ciężarna, uwięziona w małej miednicy; zrost lewego rogu macicy z tylną ścianą miednicy. Usunięcie zrostu. Zniknięcie objawów chorobowych. Dalszy przebieg ciąży zupełnie prawidłowy.

W dalszym ciągu pracy autor opisuje swój sposób odprowadzania macicy ciężarnej tyłopochylonej przez rękoczyn pochwowobrzuszny. W początku ciąży, jeżeli macica jest ruchoma, odprowadza się ją jak macicę prawidłową; potem wkłada się wianek Hodgego. Kiedy zaś macica jest duża i miękka, i wypełnia jamę miednicy, należy starać się dwoma palcami, wprowadzonymi do pochwy, dosięgnąć wzgórka, przyczem odpycha się bokiem palca macicę do góry. Gdy to następuje, dno macicy, uwolnione z jamy, podnosi się i przechyla się naprzód, podczas gdy szyja zmienia pozycyę w odwrotnym kierunku. Sposób ten jest lepszy od bezpośredniego naciskania macicy, bo mniej ją wystawia na uraz. Przytem można nieraz uciec się do znieczulenia; można ten rękoczyn wykonać w pozycyi łokciowokolanowej. Wprawdzie bywają odprowadzenia samoistne po opróżnieniu pęcherza moczowego, ale sposób swój autor uważa za tak niewinny, że próbował go w każdym przypadku. W razie uwięźnięcia tyłopochylonej macicy ciężarnej lepiej jest wykonać operacyę drogą brzuszną.

Taki zabieg daje możność usunięcia wszystkich zrostów. W razie tyłopochylenia macicy ciężarnej bez uwięźnięcia, gdy wszystkie próby utrzymania macicy w dobrem położeniu na niczem spełzły, również należy wykonać cięcie brzucha i umocować macicę czy to za pomocą przyszycia macicy, czy też, co mniej bywa niebezpieczne, za pomocą skrócenia wewnątrzbrzusznego więzów obłych Operacya Aleksandra Adamsa również może być zalecana.

(Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Maj. 1911).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Jaschke. *Znaczenie praktyczne różnych postaci niedomogi przewlekłej serca dla ginekologii.*

Początki niedomogi serca są zwykle trudne do odróżnienia od stanów czysto nerwowych. Ponieważ w chorobach kobiecych chore często bywają zdenerwowane, przeto, przy połącze-

niu zaburzeń miesiączkowania, wydzielin i t. p. z dolegliwościami sercowemi kobieta udaje się przedewszystkiem do ginekologa. Lecz nie należy spieszyć się z określeniem dolegliwości sercowych, jako nerwowych, bo ścisłe rozpoznanie może być pierwszorzędnej wagi w razie, gdy potrzebna jest operacya i zachodzi potrzeba wybrać rodzaj znieczulenia.

Niedomoga serca i miażdżyca naczyń. Zależność pierwszej od drugiej jest znana. Rola gruczołów, a mianowicie jajnika, w wytwarzaniu miażdżycy jest coraz bardziej uznawana. Również częste porody bywają przyczyną miażdżycy naczyń, a szczególniej z porodami związane choroby zakaźne. Odsetka przypadków miażdżycy naczyń wzrasta u kobiet z nastaniem okresu przekwitania, co, zdaje się, pozostaje w zależności od zmniejszenia się czynności jajników, gdyż wraz ze zniknięciem lub osłabieniem czynności jajników wzrasta nadmiernie czynność nadnerczy, to zaś może wywołać zwapnienie naczyń.

Niedomoga serca w zapaleniu przewlekłem mięśnia sercowego. Zapalenie to zawsze bywa pozostałością zapalenia ostrego mięśnia sercowego. Jedną z wielu przyczyn, zdolnych wywołać tę dolegliwość, mogą być przebyte drgawki porodowe.

Niedomoga serca u kobiet otyłych zależy od nadmiaru pracy mięśnia sercowego. Jeżeli kobieta jest dotknięta czystą niedomogą wskutek otyłości bez powikłań, jak stwardnienie naczyń i t. p., to zwykle dobrze znosi uśpienie chloroformem, nie należy atoli przedłużać operacyi i zbyt wysoko unosić miednicy.

Niedomoga serca wskutek niedostatecznego odżywiania i wyczerpania, wskutek braku ruchu albo zmęczenia. Choroby przewlekłe powodowują niedostateczność odżywiania i niedomogę, np. guzy przydatków, leczone zachowawczo, niektóre sprawy popołogowe, cierpienia macicy, zapalenie miedniczek nerkowych i t. p. W tych przypadkach znieczulenie może być bardzo niebezpieczne. Zbyt długie leżenie w łóżku i brak ruchu osłabiają serce. Nawet osłabienie serca pooperacyjne trzeba składać na karb braku ruchu wskutek długiego leżenia w łóżku. Autor więc sądzi, że wczesne wstawanie z łóżka jest z korzyścią dla chorej. Dla tych samych powodów, ze względu na mechaniczne przyczyny osłabienia serca, nie należy nadużywać położenia Trendelenburga u kobiet z sercem osłabionem. Wogóle, wszelkie nagłe przejścia z jednego położenia w drugie musi być w podobnych warunkach serca unikane. Z tych samych względów nie należy stosować ucisku sposobem Momburga, co wywołuje nagłe zaburzenie w krążeniu krwi.

Niedomoga serca wskutek przemieszczenia i uszczuplenia jego przestrzeni. To zdarza się w ciąży wskutek podparcia przepony do góry; często wtedy widać zwiększenie się napięcia

w naczyniach, co wskazuje na utrudnioną czynność serca. U kobiety otyłej serce mniej bywa odporne na tę przeszkodę mechaniczną. To samo widzi się w nadmiarze wód płodowych, w ciążach, powikłanych większymi mięśniakami lub guzami jajnikowymi. Również duże guzy jamy brzusznej stają się przeszkodą krążenia krwi, czem tłómaczy się nagła śmierć przy guzach jajników: wskutek przeszkody serce ulega zwyrodnieniu tłuszczowemu. Tak samo działają nieprawidłowości anotomiczne klatki piersiowej i płuc, i skrzywienie kręgosłupa tylnoboczne, boczne skrzywienie, zwężenie samoistne klatki piersiowej. Kobieta w ciąży z podobną nieprawidłowością jest wystawiona na niebezpieczeństwo prędzej, niż kobieta prawidłowo zbudowana.

Objawy sercowe w niedokształceniu naczyń. Niedokształcenie naczyń idzie w parze z niedokształceniem serca. Jedno jak i drugie spotyka się częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Zjawisko to dla tego jest ważne, że niedokształceniu narządu krwionośnego towarzyszy zwykle niedorozwój narządu rodnego. Badanie tego ostatniego może rzucić światło na rozpoznanie stanu narządu krwionośnego.

Często wobec błednicy stwierdzić można współistnienie niedokształcenia narządów krwionośnych i rodnych. Współistnienie tych trzech zjawisk zdaje się być zespołem objawów bardziej ogólnego zaburzenia rozwojowego.

W przypadku niedokształcenia narządu krwionośnego miesiączkowanie późno zaczyna się i dużo czasu upływa, nim wytworzy się typ miesiączki, który najczęściej przybiera cechy niedorozwoju.

Odporność na zatrucie jest zmniejszona, i podobne jednostki źle znoszą uśpienie. U takich osób można znaleźć jednocześnie inne oznaki niedokształcenia: niedorozwój narządów rodnych, wązkość miednicy, przerost migdałów, nieraz — objawy choroby Basedowa, czasem—status thymicolymphaticus.

Ciąża i poród są ważnym momentem w wywoływaniu objawów sercowonaczyniowych u osób z omawianą tu dolegliwością: np. pęknięcie serca i aorty. Curbelo znalazł u kobiet, zmarłych na drgawki porodowe, zwężenie aorty powyżej rozdwojenia.

Zaburzenia sercowe w przypadkach mięśniaka macicy. Autor jest zdania, że nie istnieje t. z. „serce mięśniakowe". Zaburzenia w krążeniu krwi u kobiet z mięśniakiem macicy jednak istnieją. Oprócz ogólnych objawów, opisanych przez Rosthorna, autor dodaje przez siebie spostrzeżone: w piątym dziesiątku życia już daje się widzieć stwardnienie naczyń, nasilenie drugiego tonu sercowego. Pomimo podanych spostrzeżeń

objawów sercowych i naczyniowych, niema, podług autora, związku między nimi a mięśniakiem macicy.

W przypadkach mięśniaka zaburzenia sercowonaczyniowe są raczej natury tarczycowej. Takie współistnienie chorobowe z mięśniakiem macicy zdarza się, lecz, podług autora, jest to tylko przypadkowa kombinacya, albowiem u kobiet nie dotkniętych mięśniakiem macicy w wieku przekwitania spotykają się objawy sercowonaczyniowe, związane z nadmiarem czynności gruczołu tarczowego, lub ustaniem wydzieliny jajników. Autor bierze pod uwagę siedlisko mięśniaków i sądzi, że podsurowicze i podśluzowe mięśniaki nie są w związku przyczynowym z zaburzeniami sercowemi. Co innego—mięśniaki śródmiąższowe: nieraz taki mięśniak, małych rozmiarów, bez krwawień i charłactwa, idzie w parze z wybitnemi zaburzeniami czynności sercowych. Lecz są to fakty jeszcze nie wyjaśnione i wymagające badań.

Wskutek zdarzających się w przypadkach mięśniaków macicznych zakrzepów i zatorów, praktyczniejszym środkiem znieczulenia, niż chloroform lub eter, wydaje się autorowi wstrzyknięcie lędźwiowe tropakokainy.

(Prakt. Ergebn. f. Geburtsh. u Gynäk. T. IV, zesz. I. 1912).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Seuffert. *O wstrzykiwaniu oliwy do jamy otrzewnej.*

Metoda wstrzykiwania oliwy do jamy otrzewnej była nasamprzód wypróbowana doświadczalnie przez Glimma 1906 r. Doszedł on do wniosku, że oliwa zamyka otwory dróg chłonnych i w ten sposób wstrzymuje przedostawanie się drobnoustrojów. W praktyce klinicznej pierwszy Hirschel z Heidelberga (1907) wstrzyknął oliwę do jamy brzusznej w 3 przypadkach beznadziejnych zapalenia otrzewnej; wstrzyknięto mianowicie 1% olejek kamforowy; jeden pacyent — wbrew oczekiwaniu — wyzdrowiał. Tenże autor ogłosił w 1910 r. wyniki leczenia tym samym sposobem 9-iu ciężkich przypadków zapalenia otrzewnej, z pomiędzy których były 4 wyzdrowienia.

Roku 1909 Borchard otrzymał 33 uzdrowiania na 45 leczonych ciężkich przypadków zapalenia otrzewnej; używał oliwy wyjałowionej. Krecke leczył tą metodą 11 przypadków ciężkich z najlepszym wynikiem: wstrzykiwał po 100 gr. olejku kamforowego.

S. daje krótkie sprawozdanie z 3 przypadków, leczonych w klinice Döderleina: jedna pacyentka z zapaleniem otrzewnej popołogowem zmarła; dwie inne — wyzdrowiały, z tych ostatnich jedna miała całkowite pęknięcie macicy i była operowana w 32 godziny po pęknięciu, druga zaś miała zapalenie otrze-

wnej po poronieniu. Inni autorowie stosowali tę metodę w przypadkach ostrego zapalenia otrzewnej z dobrym wynikiem.

Pfannenstiel w r. 1909 pierwszy zaczął wlewać oliwę wyjałowioną (50—300 cm. sz.) lub olejek kamforowy (25—50 cm. sz.) do jamy otrzewnej po cięciu brzucha w celach zapobiegawczych z dodatnim wynikiem. Fehling, Kolb również tak postępowali, używając 10% olejku kamforowego. Autor spostrzegał w 2-ch przypadkach niepomyślny wynik tej metody.

Ponieważ doświadczenia na zwierzętach pokazały, że w pierwszych godzinach po wstrzyknięciu oliwy odporność otrzewnej zmniejsza się, przeto Pfannenstiel, Hoehne, zamiast wlewania oliwy do jamy otrzewnej zaraz po operacyi, wstrzykują pewną ilość oleju kamforowego kilka (1 do 3) dni przed operacyą. Autor stosował tę ostatnią metodę w 10 przypadkach raka macicy, operowanego sposobem Wertheima: z tych—w 3-ch przypadkach przebieg był zupełnie gładki i pomyślny; 3 pacyentki zaś zmarły w 2 — 3 — 8 dni po operacyi z objawami zakażenia, a próby bakteryologiczne wykazały, że olejek kamforowy zupełnie nie zapobiegał zakażeniu otrzewnej. U reszty operowanych przebieg pooperacyjny był również ciężki.

(Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. XXXV. Z. 5. 1912).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Troell. *Mięśniak macicy, bezpłodność i płodność.*

Najczęściej stwierdza się mięśniaki macicy u kobiet w latach od 35 do 50, czyli zaraz po okresie największej czynności rozrodczej. Chwila pierwszych początków omawianego nowotworu nie jest wiadoma, jedno wiemy, że przed okresem dojrzałości nie stwierdzono mięśniaka macicy. Również nie wiadomo nic co do czasu, który upływa od powstania nowotworu do chwili, w której rozpoznanie staje się możliwe: ten okres zdaje się trwać około 5 lat.

Lepiej jest znany stosunek mięśniaków do miesiączki. U pacyentek z mięśniakami macicy miesiączka występuje wcześniej, niż u innych pacyentek. Autor przestrzega przed wnioskowaniem z wczesnego miesiączkowania o istnieniu mięśniaka ze względu na różnorodność warunków, które mogą wpływać na dojście kobiety do dojrzałości rozrodczej. Można jednak sądzić, że kobiety, u których miesiączka wcześnie występuje, mają więcej widoków, że zostaną w późniejszym czasie dotknięte mięśniakiem macicy, niż inne.

Wpływ czynności macicy na rozwój mięśniaka i odwrotnie niejednokrotnie daje się spostrzegać. Znany jest fakt powiększenia się mięśniaka w czasie miesiączki i stopniowego

zmniejszania się jego objętości w okresie między peryodami. Chwila przekwitania kobiety zdaje się być opóźniona przez nowotwór macicy, wraz z nastaniem okresu przekwitania sam nowotwór znów często ulega zanikowi. Czas między pierwszą miesiączką i ustaniem miesiączkowania trwa o kilka lat dłużej u kobiet, mających mięśniaki macicy, a mianowicie — okres ten trwa 34,3 lat, gdy przeciętnie trwa — 30,3.

Od obecności włókniaków macicy zależy i czynność rozrodcza. Było ongi uważane za pewnik, że mięśniaki macicy, są przyczyną bezpłodności. Późniejsze spostrzeżenia wykazały, że obecność mięśniaka macicy bynajmniej nie sprowadza bezpłodności, tylko zmniejsza płodność. Ostatnimi czasy Hoffmayer zaprzeczył, jakoby mięśniak macicy stwarzał przeszkodę do poczęcia, albowiem drobiazgowe zbadanie bardzo bogatego materyału dało temu autorowi do myślenia, że osłabiona płodność wynikała z przyczyn, które istniały już dawno przed wytworzeniem się mięśniaka macicy, i że raczej nowotwór macicy bywa wynikiem braku lub osłabienia czynności rozrodczej. Poglądy te znalazły poparcie w pracach wielu akuszerów i ginekologów.

Zagadnienie to Troell rozpatruje w świetle szczegółowej statystyki 2561 pacyentek ginekologicznych z kliniki chorób kobiecych w Lund, z których blizko połowa miała mięśniaki macicy, i dochodzi do następujących wniosków: 1) pacyentki z mięśniakiem macicy są najczęściej bezpłodne; 2) kobiety, które nigdy nie zachodziły w ciążę, częściej wykazują mięśniaki macicy, niż te, które rodziły; 3) im więcej porodów kobieta odbyła, tem mniej danych jest na to, że u niej można będzie znaleźć mięśniak macicy. A więc: bezpłodność pierwotna i słaba płodność znajduje się w ścisłym związku z powstawaniem mięśniaka. Rozpatrując liczby odnośne, autor wnioskuje, że nawet u pacyentek, które rodziły, można w pewnym stopniu mówić o bezpłodności, bo bardzo duża odsetka ich przestała rodzić długie lata przed ukazaniem się nowotworu. Liczby wykazują, że im dłużej kobieta jest bezpłodna, tem odsetka powikłań mięśniakowych jest większa. Autor więc sądzi, że zarówno pierwotna, jak i wtórna bezpłodność jest w ścisłym stosunku do powstawania nowotworu mięśniakowego, i że u kobiet zamężnych z mięśniakiem macicy bezpłodność bywa zjawiskiem częstszem, a płodność słabsza, niż u innych kobiet zamężnych tego samego wieku.

Czy mięśniak jest przeszkodą do poczęcia? Autor odpowiada na to przecząco, gdyż: a) Zdarza się ciąża u kobiet z już rozwiniętym mięśniakiem macicy; b) Mięśniaki spostrzegane u pacyentek bez wątpienia datują z czasów późniejszych, niż sama bezpłodność: w statystyce autora wiek, w którym po raz

pierwszy stwierdzano nowotwór u kobiet zamężnych, wynosił 39,9 lat, podczas gdy bezpłodność przecięciowo trwała już od 8,9 lat. Bezpłodne pacyentki z mięśniakami dopiero w wiele lat po ślubie zaczęły ujawniać pierwsze objawy chorobowe, a więc nie nowotwory były przyczyną bezpłodności. Autor sądzi, że przeciwnie — bezpłodność wywołuje skłonność do mięśniaków; pogląd ten autor opiera na spostrzeżeniach klinicznych i na względach teoretycznych, już w części przez Conheima wyświetlonych, a przez fakty kliniczne popartych, że macica przerasta nieprawidłowo, wtedy gdy jej naturalna dążność do wzrostu w warunkach fizyologicznych (np. ciąża) jest zatamowana.

(Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. XXXV. Z. 5. 1912).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Fuchs. *Doświadczenia z niedokrwistością podług Momburga w położnictwie.*

W r. 1908 podał Momburg sposób wywolywania niedokrwistości brzucha z pomocą ucisku aorty przez wąż gumowy, owinięty kilka razy koło talii, wzgl. przy równoczesnem przewinięciu kończyn. Z początku próbowano tego sposobu w chirurgii, a potem w położnictwie, i to nie tylko w celu tamowania krwotoków, ale i wywoływania energicznego kurczenia się macicy.

Zwłaszcza znalazł sposób Momburga zastosowanie w krwotokach przy odklejaniu się łożyska, pęknięciach i t. p. Także na mocy własnego doświadczenia zaleca Fuchs ten sposób, natomiast również na mocy własnego smutnego doświadczenia przestrzega przed stosowaniem tej niedokrwistości u osób, u których wskutek ciągłych krwotoków akcya serca jest już osłabiona (np. mięśniaki macicy), także przytem bardzo zgubne być może stosowanie położenia z miednicą do góry.

Również nie należy zaciskać węża powyżej pępka (ucisk art. i v. mesenter. sup.) i dlatego sposób ten jest przeciwwskazany w guzach dużych, przeszkadzających zaciskaniu w talii. Ostrożnie też należy postępować w zdejmowaniu węża, wzgl. zdejmować najpierw ostrożnie opaski z ud z dodatkiem wlewania rozczynu soli.

(Medizin. Klinik. № 37. 1911).

A. KLĘSK.

Runge. *O zastosowaniu promieni Röntgena w położnictwie i ginekologii.*

Promienie Röntgena zajęły już poważne miejsce w leczeniu chorob kobiecych. Przedewszystkiem stosuje się je celem

niszczenia jajników, i to albo by wpłynąć przez to pośrednio na macicę, lub jej cierpienia (krwotoki klimakteryczne, mięśniaki macicy, nowotwory), lub też by niszczyć jajniki, jako takie (sztuczne trzebienie).

Najwdzięczniejsze jest leczenie mięśniaków. Uzyskuje się przytem ustanie krwawień, nieraz zmniejszanie się guzów i poprawę stanu ogólnego. Przeciwwskazaniem do tego leczenia są: nowotworowe przemiany mięśniaków w guzy złośliwe, niepewne rozpoznanie, zaburzenia jelitowe, zropiałe mięśniaki, guzy podsurowicze, wiek poniżej 30 lat, a to ze względu, że po pierwsze jajniki są wtedy odporniejsze na działanie promieni, a powtóre można przez to leczenie wywołać częściowe zmiany, które potem zgubnie odbić by się mogły na następowej ciąży. Leczenie promieniami jest wreszcie długie i kosztowne, dlatego też nie nadają się do niego osoby ze sfery pracującej, pragnące rychło przyjść do zdrowia. Także ostrożnym należy być z osobami bardzo pozbawionemi krwi, bo z początku leczenia nieraz krwotoki zwiększają się. Leczyć należy zawsze w zakładzie, a nie ambulatoryjnie i to czynić powinien sam ginekolog, a nie rentgenolog.

U osób starszych natomiast przy mięśniakach uzyskuje się nieraz w przeszło 84% dobry wynik, to jest ustanie krwawień, poprawę stanu ogólnego, względnie i zmniejszanie się guzów.

Podobnie nieraz dobre wyniki osiąga się w krwawieniach klimakterycznych. Natomiast mniej pewne wyniki są w dysmenorrhoe i sztucznej kastracyi z pomocą promieni. Bardzo szybko i skutecznie działają promienie w świerzbiączce sromu i wypryskach, gorzej w craurosis.

W położnictwie promienie rentgenowskie natomiast znajdują znacznie mniejsze zastosowanie, a raczej mniejsze oddają usługi (wykazanie położenia płodu, bliźniaków, rozmiarów miednicy i t. d.). Na przeszkodzie bowiem stoją tu wody płodowe. Co do techniki, to R. stosuje promienie twarde, filtrując je przez płyty aluminiowe Naswietla silnie polami, w kilku posiedzeniach z odległości 18 cm. w pozycyi z głową niżej, by jelita usunąć z pola naświetlania

Zwykle dziennie stosuje 3—4 jednostki Holzknechta przez 10—14 minut. Powtarza dawkę dopiero po 2—3 tygodniach.

Zwykle rozkłada się jednak tę dawkę na trzy dni.

Leczenie to w razie opanowania techniki nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw.

(Beiträge zur med. Klinik. XII. 1912).

A. KLĘSK.

Th. Bataski. *Nakłucie lędźwiowe, jako środek leczniczy w drgawkach porodowych.*

W przypadkach lekkich drgawek porodowych autor używał dotychczas tylko chloralu, dawanego w lawatywie w ilości 8—12 gr. na dobę, i pożywienia mlecznego. W ciężkich przypadkach do powyższych środków dołączał obfite wypuszczenie krwi i chloroform; tego ostatniego dawał od 75 do 120 gr. w ciągu doby bez szkody dla pacyentki. W ostatnich czasach wypuszczanie krwi zastąpił nakłuciem lędźwiowem, gdy u pacyentki stwierdzano silne napięcie w naczyniach krwionośnych. Na poparcie swej metody autor przytacza trzy spostrzeżenia, które tu podajemy w głównych rysach:

I. 38 l., 7-y raz rodząca, blizka rozwiązania. Przedtem: bóle głowy, zaburzenia wzroku, zamroczenia, obrzęki ogólne, bóle w krzyżu; obecnie — atak drgawek, białkomocz, śpiączka. Naklucie lędźwiowe, wydobycie 35 cm. sz. płynu mózgowordzeniowego. Skutki były szybkie: ustąpienie bólów głowy, poprawa wzroku i mowy. Pożywienie mleczne. W 24 godziny potem — poród prawidłowy dziecka zdrowego.

II. 20 l., pierworódka, blizka końca ciąży. Przedtem: bóle krzyża, obrzęki nóg, bóle głowy rzadkie. Ataki drgawek. Nakłucie lędźwiowe, wydobyto 25 cm. sz. płynu; natychmiastowa znaczna ulga. Nałożenie kleszczy w uśpieniu chloroformowem: miednica zwężona. Dziecko nieżywe. Przebieg poporodowy pomyślny.

III. 26 l., pierworódka. W szóstym miesiącu ciąży: bóle w krzyżu; ulga po krwotoku. Zawroty głowy, ból głowy trwały, szum w uszach. Krwawienia maciczne. Wobec grożących drgawek wykonano nakłucie lędźwiowe i wydobyto 20 cm. sz. płynu. Pożywienie mleczne i bez soli. Ulga. Znikanie stopniowe białkomoczu i obrzęków. Ciąża prawidłowa ma się w chwili pisania pracy przez autora ku końcowi.

We wszystkich 3-ch przypadkach było silne napięcie naczyń krwionośnych i białkomocz.

(*Annales de Gynécologie et d'Obstetrique. Styczeń. 1912*).

WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 8 lutego 1912 r.

1. Rozprawy w sprawie chorych, przedstawionych przez Lubelskiego na poprzedniem posiedzeniu (Operacye wytwórcze w raku nosa).
2. *Zembrzuski Lud.* Pokaz chłopca z urazowem cierpieniem prącia.
3. *Leśniowski Ant.* Przypadek ropienia w stawie kolanowym.
4. *Stankiewicz Cz.* Chora z nawrotem mięsaka jajnika.
5. *Kijewski Fr.* Pokaz wyrostka robaczkowego i gruczołu krokowego.
6. *Leśniowski Ant.* Okaz guza gruczołu krokowego.

1. *Leśniowski* zaznacza, że wyniki, otrzymane przez Lubelskiego, są niewątpliwie b. ładne i zachęcające do zabiegów. Pożądane byłoby wszakże, by Lubelski mógł przedstawić tych chorych po upływie dłuższego okresu czasu; możnaby wówczas sprawdzić trwałość otrzymanych wyników.

2. *Zembrzuski Ludwik* przedstawia chłopca 12-letniego, który uległ zadzierżgnięciu prącia w pobliżu spojenia łonowego naskutek przewiązania nitką. Chłopiec ten, cierpiący jakoby na nocne nietrzymanie moczu, uciekł się do powyższego sposobu, ulegając namowom mało kulturalnego otoczenia. Wynikiem zadzierżgnięcia, trwającego około 2-ch tygodni, jest przecięcie zupełne cewki i ciał jamistych prącia prócz niewielkiego mostka w tylnej ich części. Obrzęk znaczny obwodowej części prącia i przetoka cewkowa.

Z. ma zamiar dokonać po pewnym czasie szwu cewki, ew. z operacyą wytwórczą, ale ma wątpliwości, czy wogóle te zabiegi dadzą wynik pożądany w tych warunkach, a przytem zachodzi obawa, czy obwodowy odcinek prącia nie pozostanie nazawsze poważną przeszkodą dla aktu płciowego.

Kijewski. Jeżeli obwodowa część prącia posiada należyte warunki odżywiania, należy bezwarunkowo próbować zeszyć cewkę i utrzymać całość prącia; odjęcie peryferycznej części jest niepożądane ze względu na przyszłe funkcye płciowe. W wykonaniu zabiegu nie widzi zbyt wielkich trudności.

Leśniowski. Zgadza się ze zdaniem kol. Kijewskiego. Jeżeliby w przyszłości część peryferyczna stanowiła jaką przeszkodę w funkcyach płciowych, to wtedy odjęcie jej będzie zależało w zupełności od decyzyi chorego.

Zembrzuski ma pewne wątpliwości co do dobrego wyniku wskutek złego odżywiania części peryferycznej, spowodowanego przecięciem ciał jamistych; zdecydowany jest jednak zeszyć cewkę.

3. *Leśniowski* przedstawia chorą, którą przed kilkunastu laty leczył w szpitalu Dzieciątka Jezus z powodu ropienia w stawie kolanowym. Pomimo dość ciężkiej postaci chorobowej, udało się wygoić sprawę chorobową kilkakrotnem nakłuciem stawu i przemyciem tegoż. Po wygojeniu pozostało w stawie mocne zesztywnienie wskutek długotrwałego unieruchomienia. Za pomocą wszakże mięsienia i ćwiczeń, które L. osobiście wykonywał kilka miesięcy, udało się przywrócić stawowi zupełną ruchomość, tak iż obecnie oba stawy kolanowe posiadają ruchomość jednakową, po przebytem zaś cierpieniu pozostało nieduże zgrubienie stawu.

Prócz przedstawionego przypadku leczył L. w podany sposób i kilka innych przypadków, przeważnie z pomyślnym wynikiem, i zachęca do stosowania takiego łagodnego postępowania w odpowiednich przypadkach — nie nazbyt ciężkich, gdyż postępowanie takie, nie obrażając stawu, pozwala po wygojeniu sprawy przywrócić stawowi w dużym stopniu jego czynność.

Zembrzuski zapytuje, czy ropa, otrzymana ze stawu, była badana bakteryologicznie, jest mu bowiem wiadomo, że w zakażeniach pneumokokowych przeważnie wystarcza opróżnienie stawu przez nakłucie i przepłukanie. Przypadki tego rodzaju mają przebieg zwykle łagodny; czynność stawu szybko powraca nieraz nawet bez masażu i gimnastyki.

Łapiński zwraca uwagę, że u osesków cierpienia ropne stawów mają zwykle przebieg łagodny i leczenie zachowawcze wystarcza, co potwierdza wielu autorów francuskich. Nawet przy obecności w ropie gronkowca ropotwórczego białego zejście może być pomyślne po nakłuciu i zastosowaniu jodoformu. Wogóle leczenie zachowawcze u dzieci powinno stać na pierwszym planie. W przypadkach zastarzałych należy w znieczuleniu ogólnem uruchomić staw; zabieg ten, stosowany oględnie, nie przedstawia wielkiego niebezpieczeństwa; po zabiegu należy nałożyć opatrunek gipsowy na tydzień, a po tym czasie—zacząć leczenie mechaniczne. W zakażeniach rzeżączkowych ruchy należy zacząć wykonywać wcześnie.

Leśniowski odpowiada, że nie wszystkie przypadki, leczone przez niego w podany wyżej sposób, były badane bakteryologicznie. W przypadku przedstawionym badanie bakteryologiczne dało wynik ujemny; nie jest wyłączona rzeżączka. W innych przypadkach, leczonych zachowawczo, znajdowano drobnoustroje ropotwórcze. W jednym przypadku, dotyczącym dziecka z ropieniem w stawie barkowym po zapaleniu płuc, przebieg był b. ostry, jednak po paru nakłuciach sprawa wygoiła się i czynność stawu jest zupełnie dobra.

Byłaby bardzo pożądana możność określenia zgóry, które przypadki należy leczyć zachowawczo, a które za pomocą otwierania stawu i sączkowania; dotychczas niema w tym kierunku wystarczających wskazań, badanie bakteryologiczne — zdaje się również nie rozstrzygnie tego pytania. Forsowne uruchomienie stawu może wywołać pogorszenie, a co jest nie

mniej ważne—powoduje tak silne bóle, że gimnastyka lecznicza jest dłuższy czas potem prawie niemożliwa.

4. *Stankiewicz Czesław* omawia przypadek mięsaka kiszki esowatej, operowany przez siebie z zejściem pomyślnem. Przypadek dotyczy 23-letniej panny, u której przed laty 12-tu usunięto torbiel jajnika lewego (Krajewski). Po dziesięciu latach na stronie lewej obok macicy wytworzył się guz wielkości główki noworodka. Przed $1^1/_2$ rokiem cięcie brzuszne we Wrocławiu (Küttner); guza doszczętnie nie usunięto. Operacya d. 28/XI 1911 r. bardzo trudna. Guz na trzy palce nie dochodzi do pępka, jest zrośnięty na dużej przestrzeni ze ścianą brzuszną i całkowicie na pozostałej przestrzeni zespolony mocnymi zrostami z macicą, kiszkami i ścianą miednicy. Po wydzieleniu ze zrostów okazuje się, iż wychodzi z S. Romanum; w krezce esicy przerzut wielkości orzecha włoskiego. Typowa rezekcya 18 ctm. esicy wraz z guzem i przerzutem w krezce. Zespolenie kiszki boczne. Przebieg pooperacyjny w 3 tygodnie powikłany silnymi bólami w miejscu zespolenia kiszki, prawdopodobnie wskutek wytworzenia się wysięku w otoczeniu zeszytej kiszki i ucisku na plexus. Bóle te, umiejscowione w lewem podbrzuszu, krzyżu i lewej kończynie dolnej, trwały około trzech tygodni, występując napadowo, coraz rzadziej. Kiszka zrosła się doraźnie. Wyzdrowienie zupełne.

Okaz anatomiczny przedstawia guz o postaci nierównej, podobnej do tej, jaką tworzą zwoje mózgowe, wielkości dużej pięści, wagi 600 gr. Zbitość miękkawa, barwa na przekroju bladożółta; gdzieniegdzie wylewy krwawe. Przerzut w krezce ma cechy naogół podobne, lecz jest bardziej miękki. Rozpoznanie drobnowidzowe: mięsak (M. Zielińska).

Oderfeld. Wyjaśnienie przyczyny bólów po operacyach kiszkowych rozległych napotyka na wielkie trudności; w większości przypadków zależą one od spraw zapalnych, o ile niema objawów klinicznych czasowej niedrożności.

5. *Kijewski Fr.* przedstawia okaz anatomiczny wyrostka robaczkowego. Przypadek dotyczy 16 l. chłopca, obarczonego ze strony matki gruźlicą; wywiady wskazują tylko na jeden napad przed przybyciem do szpitala; po 9 dniach pobytu wykonano cięcie brzucha. Znaleziono wyrostek wtopiony pomiędzy kiszką cienką a ślepą, sieć przyrośnięta z przodu. Po oddzieleniu sieci usunięto wyrostek wraz z nacieczoną tkanką, jak guz złośliwy. Zmiany znalezione w wyrostku nasuwają przypuszczenie, że sprawa trwała już czas dłuższy, nie dając jednak wyraźnych objawów.

b) Okaz anatomiczny gruczołu krokowego 70-letniego mężczyzny, który od 10 lat wprowadzał sobie sam cewnik; w ostatnim tygodniu czynność ta stała się niemożliwa z powodu silnych bólów. Myocarditis. W znieczuleniu miejscowem otwarto pęcherz drogą ponadłonową. Usunięto guz. Guz ma 3 części – największa środkowa powodowała zwężenie cewki. Pęcherz uległ zakażeniu. Po usunięciu guza ranę wytamponowano i wprowadzono cewnik à demeure; w 6 tygodni rana operacyjna zagoiła się. Po wyjęciu cewnika chory sam zaczął oddawać urynę.

6. *Leśniowski* przedstawia gruczoł krokowy 70-letniego mężczyzny,

który od dłuższego czasu cierpiał z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu; nigdy przedtem nie był cewnikowany. Na dwa tygodnie przed przybyciem do szpitala dreszcze i zwiększona ciepłota (40°). Po tygodniu zupełne zatrzymanie moczu; lekarz wprowadzał cewnik. Marasmus senilis. Stan gorączkowy. Mocz względnie czysty. Po każdem cewnikowaniu szalone bóle, których przyczynę trudno było odszukać; per rectum wyczuwał się powiększony gruczoł krokowy. 15/XII 1911. W znieczuleniu miejscowem wykonano cięcie nadłonowe. Przy wyłuszczaniu guza duża bolesność; podczas oddzielania guza na tępo otwarto dwa ropnie z boku. Powołując się na praktykę kliniki Mariona, L. radzi podwiązywać ras defer. w celu uniknięcia zakażenia przyjądrza.

Leśniowski zaleca wykonywanie wycięcia guza gruczołu krokowego w znieczuleniu miejscowem. Pozatem zwraca uwagę na to, że dłuższy czas po operacyi chorzy omawiani wymagają b. troskliwej opieki.

Mincer. Operacya usuwania gruczołu krokowego metodą Freyera jest bardzo często obecnie stosowana u nas, mamy więc już pewne obserwacye osobiste co do techniki i znieczulenia. Kol. Mincer operował około 70 przypadków. W 25 pierwszych stosował ogólne znieczulenie chloroformem; w pozostałych 45 znieczulenie mieszane (znieczulenie lędźwiowe tropakokainą (0,05) z adrenaliną i chloroform w niewielkich ilościach (do 10,0); w jednym przypadku znieczulenie miejscowe wskutek bardzo ciężkiego stanu chorego; w tym ostatnim przypadku chory bardzo cierpiał podczas opecyi, w pozostałych zaś znieczulenie było zupełnie dobre. W razie obfitego krwotoku wykonywa tamponowanie pęcherza; w innych przypadkach na 2—3 dni wkłada rurę Freyera, a potem około 2 tygodni syfon Guyona, aby możliwie dobrze podgoić zazwyczaj chory pęcherz. Dolny kąt rany zaszywa dokładnie, co ma znacznie wpływać na szybkość gojenia się przetoki. Ropnie w gruczole krokowym, jako powikłania, spotykał dość rzadko. Z powikłań pooperacyjnych najczęściej występuje zapalenie przyjądrzy, lecz podwiązania v. def., jako środka zapobiegawczego, nie proponuje, ponieważ wielu chorych po operacyi zachowują czynność płciową, a u niektórych ta ostatnia nawet wzmaga się Wreszcie zabieg ten dodatkowy może znacznie przedłużyć operacye.

Krauze stosował wszystkie sposoby znieczulenia (chloroform, lędźwiowe stowainą i miejscowe nowokainą ½%). Ostatnio w znieczuleniu miejscowem robił 2 przypadki — w jednym znieczulenie było dobre, w drugim tylko do czasu usunięcia gazu, dla dokonania którego trzeba było dać chloroform. Po operacyi tamponuje pęcherz i wkłada cewnik à demeure: powikłań szczególnych nie widział; wypowiada się przeciw podwiązywaniu v. def., jakoby mającemu zmniejszać bóle, ponieważ przyczyna może być zupełnie gdzieindziej. Przytacza przypadek, w którym po przypadkowem opróżnieniu się ropnia bóle poprzednio bardzo silne ustąpiły.

Horodyński — co do czynności płciowej zaznacza, że zauważono po operacyach kroczowych zanik jej, a po operacyach przez pęcherz utrzymanie się. W tych ostatnich przypadkach zwykle część gruczołu pozostaje, na co wskazują obserwowane wznowy; wypływ nasienia przeważnie następuje do pęcherza.

Oderfeld stosuje znieczulenie lędźwiowe, z którego jest zupełnie zadowolony; obecnie wstrzykuje tropakokainę. Co do postępowania pooperacyjnego—to stosuje zgodne z przedmówcami. Przy małych krwawieniach jednak w celu przyspieszenia gojenia byłby za wprowadzaniem cienkiego drenu przez ranę brzuszną do pęcherza i za zaszywaniem pozostałej rany całkowicie; w jednym tylko przypadku (rak) zaszył ranę pęcherza zupełnie i wprowadził cewnik à demeure; chory zmarł. Jest przeciwny podwiązywaniu v. def. ze względu na funkcye płciowe.

Wertheim zapytuje, czy przy stosowaniu znieczulenia miejscowego było znieczulane również i pole operacyjne w pęcherzu. Znieczulenie lędźwiowe daje dobre wyniki.

Horodyński jest przeciwny zaszywaniu pęcherza ze względu na potrzebną dezynfekcję tego ostatniego i możliwość wtórnych krwotoków.

Leśniowski w odpowiedzi Oderfeldowi przytacza przypadek, zakończony śmiercią, w którym zaszyto całkowicie pęcherz i wprowadzono cewnik № 26 à demeure. Na sekcyi znaleziono pęcherz całkowicie wypełniony skrzepami krwi. Bez sączka od góry obejść się nie można. — Wertheimowi: znieczulenie miejscowe dotyczyło tylko ściany brzusznej; bolesność przy wyłuszczaniu guza bywa duża; należałoby stosować znieczulenie również i na polu operacyjnem w pęcherzu.

Oderfeld zwraca uwagę, że proponował jedynie zastąpienie rury Freyera przez cienką rurkę lub cewnik.

Krauze znieczulał miejscowo również błonę śluzową pęcherza; pomimo tego musiał w jednym przypadku zastosować chloroform. W jednym przypadku zaszył całkowicie pęcherz — w następstwie tkanka łączna i tłuszczowa zmartwały; pęcherza całkowicie zaszywać nie radzi.

Czarkowski. Po operacyi nie wkłada cienkiego drenu z powodu trudności w wydostaniu skrzepów; stosuje go dopiero po trzech dniach. Uważa, że cienki dren wraz z syfonem może przyspieszyć gojenie.

Mincer wypowiada się przeciw całkowitemu zaszywaniu; w 2 przypadkach obserwował wtórny obfity krwotok na 6 dzień po zabiegu. Co do stosowania syfonu widzi techniczne trudności, jak podtrzymywanie należytej temperatury, siły prądu i t. p.

Posiedzenie dnia 14 marca 1912 r.

1. *Kryński.* Przypadek promienicy policzka, leczony siarczanem miedzi.
2. *Łapiński W.* Pokaz 11-letniej chorej z wrodzonym obustronnym zrostem obu kości przedramienia.
3. *Gabszewicz.* Przypadek ropnia w jamie brzusznej na skutek przedziurawienia się wrzodu żołądka.
4. *Sawicki.* Rak pęcherza żółciowego, leczony operacyjnie.
5. *Sławiński.* Niedrożność jelit, spowodowana zaciśnięciem kiszki przez pasmo bliznowe.
6. *Sawicki.* Pokaz mikroskopowego przerzutu raka na szyi.

7. *Zembrzuski L.* Przedstawienie narzędzi chirurgicznych.
8. *Szpanbok.* Przedstawienie przyrządów swego pomysłu.
9. *Sawicki Br.* Przedstawienie narzędzi chirurgicznych.

1. *Kryński* przedstawia chorego, dotkniętego promienicą policzka prawego, która wywołała stwardnienie wszystkich mięśni policzka i zupełny szczękościsk, uniemożliwiający choremu jedzenie. K. zastosował leczenie za pomocą wstrzykiwań miąższowych 5% rozczynu siarczanu miedzi, ogrzanego do 50° C. Wstrzykiwania te w liczbie 5, robione w odstępach 5—6 dniowych, wywołały dość rychło poprawę, stale postępującą, tak iż dziś po 4-ch niespełna tygodniach szczękościsk ustąpił o tyle, że chory jest w stanie brzegi zębów rozsunąć na 2,5 cm. i spożywać nawet stałe, twarde pokarmy. Z wielkiej powierzchni twardej na policzku dziś pozostało tylko małe stwardnienie, wielkości monety 50 kopiejkowej, w pośrodku którego znajduje się otwór, wydzielający płyn surowiczoropiasty. Jest wszelka nadzieja, że po paru dalszych wstrzyknięciach wyleczenie nastąpi doszczętne. Użycie rozczynu siarczanu miedzi w promienicy zalecił Bevan, później u nas Barącz, Kr. dodał ogrzanie płynu do 50° C., co podnosi jego działanie zabójcze na grzybki promienicy.

Marcinkowski spostrzegał przypadek promienicy w okolicy podbrzusza, spowodowanej, prawdopodobnie, cierpieniem wyrostka robaczkowego; w paru miejscach znajdowały się przetoki, przez które wydzielała się gęsta ropa. Promienica była stwierdzona bakteryologicznie. Ponieważ chory na żaden zabieg chirurgiczny nie godził się, M. zastosował do wewnątrz (per os) rozczyn siarczanu miedzi (1:1000)—po 2 łyżki dziennie w ciągu 5 miesięcy. Przetoki pogoiły się.

Leśniowski przypomina, że już dr. Żurakowski stosował metodę Bevana z pomyślnym wynikiem również na policzku. Przypadek Ż. ogłosił w księdze jubileuszowej Sawickiego; oprócz tego Ż. stosował jeszcze w paru przypadkach również z pomyślnym wynikiem. Zdaje się jednak, że możemy spodziewać się wyniku pomyślnego tam, gdzie sprawa jest ograniczona. W przypadkach zajęcia opłucnej lub otrzewnej skutek stosowania siarczanu miedzi byłby—prawdopodobnie — wątpliwy.

Sawicki: Barącz i Żurakowski stosowali rozczyn siarczanu miedzi miejscowo i do wewnątrz. Jeżeli po wewnętrznem użyciu występują dolegliwości żołądkowe, należy na parę dni wstrzymać podawanie leku.

Kryński przypuszcza, że dobrych wyników należy spodziewać się tylko po stosowaniu miejscowem. Pod wpływem wstrzykiwań rozpoczyna się obfite ropienie.

2. *Łapiński W.* przedstawił 11 letnią dziewczynkę, u której od bardzo młodego wieku zauważono pewną niezręczność obu kończyn górnych; owa niezręczność ujawnia się stale podczas wszelakich czynności; jako-to zabawa, mycie, ubieranie, pisanie i t. d. Badanie kończyn górnych wykazuje stałe uruchomienie obu przedramion w położeniu zwrócenia na wewnątrz (pronatio); tym sposobem ruchy zwracania na wewnątrz i na zewnątrz (pronatio, supinatio) są zniesione; ruchy zgięcia i rozgięcia w sta-

wach łokciowych są najzupełniej wolne. Dłonie przy opuszczonych kończynach wzdłuż tułowia są stale zwrócone ku przodowi powierzchniami grzbietowemi, a podczas zginania kończyn w stawach łokciowych przedramiona unoszą się ku górze również jedynie powierzchniami grzbietowemi. Badanie radiograficzne (kol. Skabowski) wykazało obecność zrostu kostnego w górnej części obu kości przedramienia w ustawieniu zwrócenia na wewnątrz (pronatio).

Mamy tu zatem do czynienia z rzadką postacią zniekształcenia wrodzonego kończyn górnych: synostosis congenita ossium antibrachii in parte proximali. W piśmiennictwie zebrano dotychczas około 30 (p. monografie Liebleina (1907) i Kretlingera (1911) takich przypadków. Co się tyczy powstawania tego zboczenia, to przyjmuje się je dzisiaj — opierając się na danych embryologii i anatomii porównawczej — za zjawisko atawistyczne, jako proces degeneracyjny na tle zaburzeń osteogenetycznych.

W pięciu przypadkach zaburzenie powyższe leczono na drodze operacyjnej, a operacya polegała na usunięciu zrostu kostnego, niekiedy z usunięciem szczątkowej główki kości promieniowej; ponadto w jednym przypadku pomiędzy oddzielone kości wsunięto płat mięśniowy.

Wynik zabiegów operacyjnych we wszystkich przypadkach był mierny, a raczej żaden. Jest to zjawisko zupełnie zrozumiałe: u osobników, dotkniętych omawianem zboczeniem, przedramię od urodzenia znajduje się w położeniu zupełnego zwrócenia na wewnątrz (pronatio), a w tych warunkach mięśnie zwracające przedramię na zewnątrz i na wewnątrz (supinatores, pronatores) — wskutek zupełnej bezczynności — ulegają zanikowi i zwyrodnieniu; wspomniana zatem wyżej operacya staje się bezcelową, zwłaszcza, że dane osobniki wcale dobrze przystosowują się do swego zboczenia.

Horodyński zapytuje, czy był badany system nerwowy przedstawionej dziewczynki, czy można wyłączyć poliomyelitis we wczesnym wieku i jak zachowują się m. m. supinat.

Łapiński: system nerwowy nie był badany; obecne cierpienie stwierdzono już w pierwszych dniach życia dziecka.

3. *Gabszewicz* przedstawia preparat wrzodu żołądka, otrzymany na sekcyi. Przebieg cierpienia był następujący. Chora 65 letnia zgłosiła się do szpitala 10 listopada minionego roku, wskazując na bóle w brzuchu od sierpnia. Badanie wykryło w jamie brzusznej guz, wielkości głowy dziecka, umiejscowiony w okolicy pępkowej. C.—39°. W moczu nie znaleziono składników chorobowych. Odczyn Cammidge'a ujemny. Rozpoznano prawdopodobną torbiel trzustki z zawartością ropną. 16 listopada wykonano cięcie brzucha. W ścianie brzusznej, zrośniętej z guzem, znaleziono kilka ognisk ropnych, a po nakłuciu wgłąb wydostano płyn krwawy. Otwarto jamę, wypełnioną skrzepami krwi. Dolna granica jamy opuszczała się na 3 palce poniżej pępka, górnej nie można było dosięgnąć, wgłąb można było dojść do kręgosłupa. Po 3 tygodniach chora znacznie poprawiła się i nawet zaczęła podnosić się z łóżka. W końcu grudnia jednak stwierdzono wydzielanie się do jamy kału i jakiejś masy kaszowatej. Chora zaczęła

słabnąć i zmarła w lutym. Podczas sekcyi znaleziono niewielką jamę, zrośniętą brzegami z powłokami brzusznemi z przodu. Do jamy otwierały się—poprzecznica, pęcherz żółciowy i żołądek. W wątrobie liczne ropnie. Trzustka zdrowa. Rozpoznano wrzód żołądka w okolicy odźwiernika, który w swoim przebiegu przewlekłym wywołał rozległe zrosty z otaczającymi narządami; następnie do przestrzeni, ograniczonej zrostami, nastąpiło przedziurawienie się wrzodu i wytworzyła się rzekoma torbiel z zawartością krwistą, do której w następstwie otwarły się poprzecznica i pęcherz żółciowy.

Horodyński. Jeżeli wrzód żołądka ma przebieg przewlekły, zwykle naokoło okolicy chorej powstają liczne rozległe zrosty; przedziurawienie następuje do jamy, otoczonej zrostami; jeżeli nastąpi przedziurawienie do bursa omentalis, guz może symulować torbiel. W wywiadach zwykle można stwierdzić okres pogorszenia. Przedziurawienie może nastąpić do wszystkich narządów otaczających, a nawet znany jest przypadek przedziurawienia do lewej komory serca; połączenia te noszą nazwę przetok wewnętrznych przedziurawień żołądkowych.

Leśniowski. Rozpoznanie dokładne w podobnych przypadkach napotyka na wielkie trudności, ponieważ niema objawów charakterystycznych. L. zapytuje—czy po operacyi zawartość guza posiadała własności żrące, co mogło było wskazywać na obecność soku trzustkowego.

Gabszewicz. W tydzień po operacyi wystąpiło bardzo mocne obżeranie skóry przez wydzielinę, soku trzustkowego jednak zebrać nie udało się. Obżeranie skóry trwało 2 tygodnie i mogło być również uwarunkowane obecnością soku żołądkowego.

Steyner zapytuje, jaka była zawartość guza?

Gabszewicz: przekłucie dało krew i skrzepy.

Skabowski zwraca uwagę, że badanie promieniami Roentgena mogłoby było ułatwić rozpoznanie za życia.

Stankiewicz Wł. Zejścia przedziurawień bywają nadzwyczaj różnorodne. Przed 5 laty operował przypadek wskutek silnych bólów i wymiotów; po otwarciu jamy brzusznej znalazł żołądek rozszerzony, a odźwiernik zrośnięty z wątrobą i kręgosłupem Wykonał zespolenie żołądka z kiszką; jednak wobec unieruchomienia odźwiernika przypuszcza, że bóle po operacyi nie ustąpiły. Podczas operacyi niepodobna było zdać sobie jasno sprawy z przebiegu cierpienia w danym przypadku.

Gabszewicz: do czasu sekcyi nie było żadnych wybitnych objawów żołądkowych,

Horodyński: badanie promieniami Roentgena w danym przypadku nie mogłoby być miarodajne, ponieważ nie można byłoby orzec, do jakiego narządu otwiera się żołądek.

4. *Sawicki Br.* przedstawia preparat makro- i mikroskopowy raka pęcherza żółciowego. Pacyentka czterdziestokilkoletnia przed $7^1/_2$ laty była operowana przez ś. p. Krajewskiego z powodu kamieni żółciowych. Przypadek był prosty, bez większych zrostów, lub innych powikłań. Operujący usunął kamienie i utworzył przetokę pęcherza żółciowego. W ciągu całych

siedmiu lat pacyentka czuła się zupełnie dobrze i dopiero przed kilkoma miesiącami zauważyła w ścianie brzusznej niewielkie stwardnienie w okolicy blizny pooperacyjnej. Stwardnienie to powiększało się początkowo powoli, później szybciej, dosięgło skóry, która w tem miejscu nabrała barwy sinej. Wówczas chora zwróciła się do lekarzy.

Badając chorą w marcu 1911 r., S. znalazł w prawem podżebrzu, w okolicy blizny twarde, niebolesne nacieczenie skóry oraz tkanek, głębiej leżących. Nacieczenie to miało w średnicy 6 do 8 cm.; skóra na tem miejscu miała zabarwienie sinawe. Stan ogólny dobry, bezgorączkowy. Podczas operacyi okazało się, że guz zajmował całą grubość ściany brzucha oraz pęcherz żółciowy, przyszyty do tejże ściany. Niewielki odcinek pęcherza, przylegający do przewodu pęcherzowego, oraz tenże przewód wyglądały prawidłowo Cały guz usunięto, tnąc ścianę brzuszną w odległości 4 do 5 cm. poza namacalnemi granicami guza. Poza tem wraz z guzem usunięto cały pęcherz żółciowy wraz z jego przewodem, który na miejscu połączenia z przewodem wspólnym podwiązano i przecięto. Do tego miejsca wprowadzono sączek gumowy, ścianę brzucha zaszyto. Zagojenie rychłe bez jakichkolwiek powikłań.

Usunięty podczas operacyi preparat przedstawiał guz twardy, na przecięciu szarawy, o budowie dość jednolitej, miejscami tylko włóknisty. Guz ten, tkwiąc całą swą masą w ścianie brzusznej, tak ją zwyrodnił, że oddzielnych jej warstw w tem miejscu nie można było rozpoznać. Pęcherz żółciowy zlewał się z guzem, wchodząc w skład jego. Tylko niewielki odcinek pęcherza wraz z przewodem pęcherzowym nie był w guz wciągnięty. Zarówno pęcherz, jak przewód były puste. Jedynie tylko od strony guza wystawał do wewnątrz pęcherza odcinek tegoż guza, tworzący rodzaj dużej brodawki.

Do badania wzięto kawałek tej brodawki, oraz inny kawałek z guza ściany brzusznej. Budowa obu kawałków okazała się podobna: tu i tam guz składa się z tkanki łącznej i tworów nabłonkowych. Tkanka łączna w kawałku, wziętym z okolic ściany brzusznej, jest obfitsza, bardziej włóknista i zbita, bliznowata. Natomiast w odcinku, wziętym z brodawki, twory nabłonkowe są obfitsze i bardziej typowe. Przedstawiają się one pod postacią prostych lub rozgałęziających się rurek, wysłanych jednowarstwowym nabłonkiem stożkowatym, który w wielu miejscach podlega bujaniu. Wiele takich rurek ma światła, zapełnione komórkami, i przedstawia obraz ciał rakowatych. A zatem mamy do czynienia z rakiem gruczołowatym (adenocarcinoma); miejscem wyjścia nowotworu był tu niechybnie pęcherz żółciowy.

Chorą po operacyi naświetlano co kilka tygodni. Pomimo to w styczniu r. b. przybyła ona do S. ponownie z powodu nawrotu. W środkowej okolicy blizny i po obu stronach w jej sąsiedztwie można było wyczuć wyraźne stwardnienie. Usunięto guz ponownie, tnąc w odległości około 8 do 10 cm. od guza, który zajmował bliznę i infiltrował mięśnie i powięź poprzeczną w sąsiedztwie. Ponieważ prawy płat wątroby był zrostami połączony z okolicą guza, to, pomimo że makroskopowo zmian w tymże pła-

cie nie znaleziono, wycięto jednakże odcinek jego. Dla pokrycia braku wypadło poczynić cięcia zwalniające na powięzi i mięśniach. Z trudnością ściągnięto brzegi rany, środek jej zapełniając gazą. Zagojenie bez powikłań w ciągu kilku tygodni.

Kryński: przypadek, przytoczony przez S., potwierdza znany wpływ kamieni żółciowych na powstawanie raka w pęcherzu. Punktem wyjścia nowotworu bywa błona śluzowa pęcherza.

5. *Sławiński* przedstawia preparat niedrożności jelit cienkich, otrzymany na sekcyi. 60 letnia wyrobnica przybyła do szpitala z objawami niedrożności jelit; podobne przypadłości powtarzały się u niej 5 razy, i zawsze ustępowały po zastosowaniu wysokich wlewań. Brzuch średnio wzdęty, widoczny ruch kiszek. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono duże wzdęcie kiszek cienkich i liczne sine miejsca na kiszkach. Przez niewielkie cięcie wyłoniono jedną pętlę i opróżniono ją przez nakłucie, aby ułatwić sobie poszukiwanie przeszkody; podczas następnych manipulacyi jedna z pętli kiszek cienkich pękła poprzecznie; wobec ciężkiego stanu chorej zaniechano dalszych poszukiwań i korzystając z miejsca pęknięcia wytworzono zespolenie kiszki cienkiej z esicą. Na drugi dzień po operacyi chora zmarła. Na sekcyi znaleziono kiszki cienkie bardzo rozdęte. W okolicy ślepej kiszki i wyrostka szerokie pasmo zrostów, kierujące się wachlarzowato do pęcherza. Od tego pasma ku górze dwa powrózki bliznowe w kierunku podstawy krezki. Powrózki te zaciskały światło kiszki cienkiej. Sł. widzi pierwotną przyczynę w przebytem kiedyś zapaleniu wyrostka robaczkowego, po którem pozostały zrosty, od czasu do czasu zaciskające światło kiszki.

Kryński zaznacza, że we wszystkich przypadkach appendicitis należy starannie i dokładnie usuwać zrosty, szczególniej położone powyżej wyrostka w kierunku flexura hepatica.

Stankiewicz Wł przemawia na korzyść robienia większych cięć przy operacyach usuwania wyrostka, aby można było zawsze dokładnie obejrzeć okolicę chorego miejsca.

Ciechomski – uważa za zasadę w operowaniu niedrożności kiszek robienie dużego cięcia powłok brzusznych; jeżeli są trudności w odszukaniu przyczyny zaciśnięcia, nie waha się wyłonić rozdęte pętle kiszek, ponieważ w wielu przypadkach dopiero wtedy można odszukać przeszkodę i doprowadzić zabieg do pożądanego wyniku.

Sławiński: obecnie jest już ustalone, że w razie zrostów po appendicitis załamania kiszek cienkich następują na 8—10 ctm. przed wejściem do kiszki ślepej. To miejsce należy najprzód zbadać. W danym przypadku zrobił cięcie od pępka do spojenia; jest przeciwny dużym cięciom, ponieważ wyłonienie kiszek nie jest obojętne dla ustroju, a z drugiej strony wprowadzenie kiszek napowrót do brzucha naraża te ostatnie na znaczny uraz. Sądzi, że za pomocą obmacywania można zupełnie dokładnie zbadać jamę brzuszną i odnaleźć przeszkodę. W danym przypadku nic nie można było zrobić po za zespoleniem kiszkowem.

Krauze również jest przeciwny dużym cięciom; gdy trudno jest zoryentować się wskutek znacznego rozdęcia kiszek, robi nakłucia nawet w pa-

ru miejscach w celu opróżnienia kiszek z gazów. Co do appendicitis — to w przypadkach, dochodzących do przedziurawień, zrosty bywają zwykle bardzo duże; jednak i w bardzo ciężkich przypadkach zrosty mogą znikać.

Gabszewicz—przytacza 2 przypadki, w których po wykonaniu wycięcia wyrostka à froid w dwa lata wystąpiły objawy niedrożności. Przy niedrożności przedłuża cięcie powyżej pępka i nie waha się wyłaniać kilka pętlic kiszkowych. W przytoczonych przypadkach dopiero po wyłonieniu kilku pętli kiszek znaleziono wązkie pasma łącznotkankowe, zaciskające kiszki. Jeżeli powstają trudności przy wprowadzaniu kiszek, to można przedłużyć cięcie ku górze; w obu przytoczonych przypadkach miał zejście pomyślne. Jest przeciwny nakłuwaniu kiszek.

Leśniowski. Sprawa powstawania zrostów w jamie brzusznej nie jest tak prosta. Znane są przypadki, w których po sprawach ropnych w otrzewnej przy wtórnych operacyach nie znajdowano zrostów wcale; taki przypadek sam obserwował, w innym przypadku po zwyklem zespoleniu żołądka z kiszką znalazł żołądek na znacznej przestrzeni przyrośnięty do ściany brzusznej. Z powodu istniejących bólów oddzielił żołądek i pokrył go siecią, lecz i to nie zapobiegło powtórnemu zrośnięciu się żołądka ze ścianą brzuszną; trzeba było wykonać jeszcze jeden zabieg i sieć umocować do ściany brzusznej. Oprócz przebycia sprawy zapalnej w tworzeniu się zrostów gra wybitną rolę właściwość swoista tkanek. W żadnym przypadku z góry nie można określić rozległości zrostów.

Ciechomski — stanowczo wypowiada się przeciwko małym cięciom. Uważa, że wyłonienie kiszek przedstawia mniejszy uraz, niż ich nakłucie; a tylko po wyłonieniu w przypadkach trudnych można odszukać przeszkodę.

Kryński – za zasadę należy przyjąć, aby czas trwania zabiegu był najkrótszy; nie uważa za zasadę robienie dużego cięcia, to ostatnie powinno zależeć od przypadku. Przy skręceniach SR uważa przekłucie za bardzo pożyteczne i ułatwiające zabieg.

Sławiński — trwa przy swojem przekonaniu co do mniejszych cięć, przez które w wielu przypadkach zupełnie dobrze można rozpoznać przeszkodę; wyłonienie kiszek nazewnątrz uważa za czynność bardzo nieobojętną dla ustroju.

6. *Sawicki* przedstawia preparat mikroskopowy pacyentki, którą operował w kwietniu 1907 r. z powodu raka lewej sutki. Pacyentka zamężna i dzietna miała wówczas 26 lat. Spory twardy guz leżał w górnym odcinku sutki. Usunięto całą sutkę wraz z mięśniem piersiowym i z tkanką gruczołową wzdłuż naczyń (niewielka ilość gruczołów powiększonych). Badanie mikroskopowe guza wykazało raka. W ciągu lat paru po operacyi pacyentka kilkakrotnie zgłaszała się do S. z powodu małych guzików w okolicy blizny. Trzy takie guziki S. usunął, badanie ich jednakże wykazało, że są to małe włókniaki, rozwijające się wokoło podwiązek. W styczniu 1911 r., t. j. bez mała w pięć lat po operacyi, pacyentka zgłosiła się ponownie, wskazując na mały twardy guziczek, który wyczuła na prawej stronie szyi (sutkę amputowano lewą). Guzik ten, gdy go pacyentka odkryła, miał wielkość ziarnka soczewicy. Ponieważ jednakże w ciągu paru tygodniu po-

większył się wyraźnie, pacyentka przybyła, by go usunąć. Guzik, wielkości ziarnka grochu, leżał tuż pod skórą, poza mięśniem mostkowoobojczykowo-sutkowym, był twardy i zupełnie ruchomy. W miejscowem znieczuleniu usunięto guzik. Badanie mikroskopowe wykazało budowę raka, który rozwinął się, jako przerzut, w tkance podskórnej.

S. zwraca uwagę na to, że powszechnie przyjęto uważać okres trzyletni, jako termin dla możliwości nawrotów raka po usunięciu sutki. Pokazuje się atoli, na co zresztą już zwracają uwagę niektórzy chirurgowie, że jest to okres czasu stanowczo zakrótki. W roku przeszłym S. spostrzegał nawrót raka w 13 lat po dokonanej operacyi. Trzydziestokilkoletniej pannie S. odciął wówczas lewą sutkę z powodu małego guzika w dolnym odcinku tejże sutki. Guzik był mały i rozpoznanie niezupełnie pewne, tak że S. przedewszystkiem usunął sam guzik i, przekonawszy się, że miano do czynienia z rakiem, amputował całą sutkę oraz usunął część mięśnia piersiowego dużego i tkankę gruczołową z pod pachy. Chora w ciągu lat sześciu pokazywała się po parę razy na rok; następnie przestała pokazywać się. W 13 lat zjawiła się ponownie z powodu bólów w lewej kończynie górnej. Badając, znaleziono guz twardy wałkowaty, idący wzdłuż naczyń z pod pachy pod obojczyk. Nad obojczykiem oddzielne twarde gruczoły. Przypadek należało uważać za stracony. Pomimo to S. probował jeszcze guz wyłuszczyć. Okazało się jednakże podczas operacyi, że guz tworzył jednolitą otoczkę wzdłuż naczyń i nerwów. Tętnicę udało się na pewnej przestrzeni, choć z trudnością, oddzielić. Natomiast ściana żyły była zupełnie zwyrodniała, i wypadło ją wyciąć. O dokładnem usunięciu guza nie mogło być mowy. Po operacyi wprędce wystąpił znaczny obrzęk kończyny, na który niewielki wpływ miało leczenie. Guz począł szybko rozrastać się, gruczoł na szyi ogromnie powiększył się i pacyentka w stanie beznadziejnym wyjechała do domu.

Kryński: obecne względnie dobre wyniki, w porównaniu z dawniejszymi, są uwarunkowane rozwojem techniki chirurgicznej. Sam obserwował przypadek wznowy po 7 latach. Wypowiada się za bardzo rozległą operacyą przy usuwaniu sutki.

Stankiewicz Wł. — przy obecności wypływu rdzawego z brodawki zwykle już istnieje nieznaczne jej wciągnięcie. Nie należy zapominać, że wypływ może być niekiedy uwarunkowany obecnością torbieli sutki z krwistą zawartością.

7. *Zembrzuski* pokazuje przyrząd Spizzego do przeszczepiania nerwów.

8. *Szpanbok* przedstawia aparat własnego wynalazku do zginania i wyprostowywania stawów.

9. *Sawicki* demonstruje narzędzia do operacyi na przysadce mózgowej; do wydostawania skrzepów z art. pulmonalis; Gersuniego do prostowania nosa; do operacyi na drogach żółciowych; zaciskadło Roux do wyrostka robaczkowego; zaciskadło do żołądka; imadło do szycia w głębi.

Posiedzenie dnia 11 kwietnia 1912 r.

1. *Kryński:* a) Przypadek ciała obcego przełyku.
b) Przypadek raka poprzecznicy.
2. *Jastrzębski:* Przypadek mięsakochrzęstniaka goleni.
3. *Kiełkiewicz:* Pokaz dwóch nerek ze zmianami gruźliczemi, usuniętych operacyjnie.
4. *Zakrzewski:* Nowy sposób wyjałowienia struny (formaldehydem hematoksyliny).

1. *Kryński* przedstawił okaz anatomiczny przełyku. Przypadek ten, nader zajmujący zarówno pod względem chirurgicznym, jak i dydaktycznym, dotyczy mieszkanki Łodzi, panny 18-letniej, która połknęła niedużą protezę dentystyczną podniebienia wraz z osadzonym w niej zębem sztucznym. W ciągu trzech tygodni czyniono usiłowania przepchnięcia ciała obcego ku dołowi do żołądka — bez powodzenia. W Warszawie próby jednego z laryngologów wydobycia przez usta od góry również nie doprowadziły do celu. Skierowano przeto chorą do szpitala, gdzie K. natychmiast przystąpił do rozcięcia przełyku. Rano, przed przybyciem do szpitala, miała chora silny krwotok przez usta, od paru zaś dni miewała czarne wypróżnienia. Chora bardzo blada, tętno drobne, nitkowate. Po przecięciu przełyku w części dolnej ponad obojczykiem okazało się, iż ciało obce tkwi o kilka centymetrów poniżej, już w części piersiowej przełyku, tak mocno wbite w jego ścianę, że dopiero po rozcięciu kleszczami kostnemi na 2 części udało się wydobyć je do góry. Podczas całego zabiegu krwawienie było bardzo nieznaczne, i nie było widać uszkodzenia jakiegoś ważniejszego naczynia.

Pomimo obfitych wlewań podskórnych rozczynu soli i środków podniecających chora zmarła w nocy.

Sekcya wykazała, jak to widać na przedstawionym przez K. okazie, iż w ścianie przełyku wskutek ucisku przez ostre końce protezy powstały odleżyny, z których jedna spowodowała przebicie ściany tętnicy szyjnej wspólnej tuż powyżej odejścia tętnicy podobojczykowej lewej, co wywołało ogromne krwotoki do żołądka i jelit, i raz jeden przez usta. Niewątpliwie, wcześnie wykonana operacya zapobiegłaby temu powikłaniu, mogłaby chorą uratować.

Kryński mówił następnie o nowotworach kiszki grubej. Przedstawiwszy statystykę, symptomatologię i postępowanie lecznicze w przypadkach raka kiszki, omówił Kryński 2 przypadki, operowane przez siebie z wynikiem dodatnim. W pierwszym, u mężczyzny 52-letniego, z powodu guza nowotworowego, usadowionego w okolicy zastawki Bauhina, wykonał wycięcie kątnicy wraz z częścią wstępującą kiszki grubej i częścią jelita krętego (12 ctm.). Po zaszyciu przeciętych końców zrobił połączenie krętnicy z kiszką grubą w miejscu zgięcia wątrobnego. Chory w dobrym stanie zdrowia opuścił szpital. Badanie mikroskopowe guza wykazało budowę raka galaretowatego.

W przypadku drugim, który Kryński przedstawia, u mężczyzny 38-letniego z powodu guza zgięcia wątrobnego okrężnicy wyciął on połowę całej

kiszki grubej, a mianowicie kątnicę wraz z częścią krętnicy i wyrostkiem robaczkowym nadzwyczajnych rozmiarów (18 ctm. długości), dalej okrężnicę wstępującą, zgięcie wątrobne i więcej, niż połowę poprzecznicy. Po zeszyciu przeciętych świateł kiszek wykonał K. zespolenie pętli krętnicy z okolicą zgięcia śledzionowego poprzecznicy. Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny: obecnie, jak widzimy, chory ma się dobrze, objawy niedrożności jelit, które go skłoniły do operacyi, ustąpiły zupełnie i pacyent zyskał w ciągu 5 tygodni od operacyi 16 funtów na wadze. Badanie mikroskopowe wykazało budowę raka zwykłego (carcinoma simplex); jak widać na preparacie anatomicznym, zwężał on tak światło kiszki, że w miejscu zgięcia wątrobnego miało ono wymiary pióra gęsiego. Co się tyczy techniki operacyjnej, to w obudwu tych przypadkach zabieg wykonano jednorazowo, co, zdaniem Kryńskiego, obok większej niewątpliwie ciężkości samego zabiegu, przedstawia jednak ogromną wygraną dla chorego, który zyskuje odrazu możność prawidłowej cyrkulacyi masy pokarmowej, a więc i możność odżywiania się dobrego.

2. *Jastrzębski Henryk* przedstawił okaz guza, usuniętego z goleni prawej 62-letniej chorej, która przybyła do oddziału chirurgicznego D-ra A. Ciechomskiego dnia 26 lutego r. b. Guz wielkości dużej pomarańczy, nieprawidłowo kulistej formy, twardawej spójności, torbielowaty, składał się z jednej dużej torbieli i drugiej mniejszej wielkości orzecha włoskiego; wewnętrzne ściany w obu torbielach gładkie; grubość ściany większej torbieli około 2 ctm.; mniejszej około 1 ctm.; zawartość większej torbieli stanowi płyn żółty przezroczysty; mniejszej — płyn brązowy, mętny. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez Dr. Zielińską, wykazało, że mamy do czynienia z chrzęstniakomięsakiem okrągłodrobnokomórkowym.

Chora podaje, że ma guz na goleni już z górą 30 lat. Od roku zaczęła uczuwać bóle w okolicy guza i guz znacznie zaczął powiększać się.

Mając mniej więcej lat 25, chora zeskoczyła z okna; uczuła wtedy ból i zdrętwienie w prawej goleni; w kilka lat potem zauważyła na tejże goleni guzik, wielkości grochu, który w ciągu następnych 3—4 lat dosięgnął wielkości orzecha włoskiego i stopniowo powiększał się; bólów w nodze nie odczuwała. Chorowała dwa razy na zapalenie płuc. Urodziła 6 razy; porody i połogi przebiegały prawidłowo. Peryod ostatni miała w 47 roku życia.

Chora wzrostu nizkiego, budowy prawidłowej i odżywiania dobrego. W płucach i w sercu zmian chorobowych nie znaleziono, jak również w narządach jamy brzusznej.

W moczu białka i cukru nie znaleziono.

Na prawej goleni w środkowej trzeciej części na wewnętrznej stronie guz wielkości dużej pomarańczy, twardawej spójności; skóra na guzie sina, trudno przesuwalna, owrzodzeń niema. Na radiogramie, zrobionym przez Dra Skabowskiego, widać brak w kości goleni i duże zmiany w kości nietylko goleni, lecz poniekąd i na strzałce.

Dnia 8 marca r. b. Dr. C. w uśpieniu chloroformowomorfinowem wykonał operacyę: cięcie skóry owalne na guzie z przedłużeniem ku górze i ku

dołowi; podczas odpreparowania guza z głębi polał się obficie brązowy płyn — zawartość mniejszej torbieli; z drugiej zaś głębszej — podczas przecinania okostnej polał się płyn żółty, przezroczysty. Głębiej i szerzej torbiel sięgała ku stronie wewnętrznej kości goleniowej; po obnażeniu kości dookoła podstawy guza odbito za pomocą dłuta całą nasadę torbieli i na dnie rany — na kości stwierdzono wtedy jeszcze kawałeczek nowotworu. Po wyskrobaniu guza widać było szereg zagłębień w kości, jakby ślady małych torbieli; usunięto przegródki kostne, wydłutowano szeroki i głęboki rów w kości, usunięto znaczną część ściany kostnej, rozszerzonej ku zewnątrz; wszędzie kość po wydłutowaniu była bardzo twarda. Następnie nałożono szwy na skórę z nici florenckiej: jamę w kości wypełniono krwią. Przebieg pooperacyjny pomyślny; stan bezgorączkowy; chora jeszcze znajduje się w szpitalu, gdyż skrzep krwi, wypełniający jamę w kości, zropiał.

3. *Kiełkiewicz* przedstawił dwie nerki gruźlicze. Oba przypadki z punktu widzenia klinicznego przedstawiają zupełny kontrast. O ile pierwsza chora przedstawia typ chorej, dotkniętej gruźlicą narządów moczowych, gruźlica rzuca się wprost w oczy, o tyle gruźlicę u drugiej chorej wykryto po długotrwałych i skrzętnych poszukiwaniach.

Pierwsza chora, osoba l. 24, cierpi od 3-ch lat. Zaburzenia pęcherzowe, polegające na częstem i bolesnem oddawaniu moczu, i mętny mocz ma od 3-ch lat. W ciągu tego czasu kilkakrotny całkowity krwiomocz, kilka razy po kilka tygodni trwające gorączki. Chora wyniszczona, chuda, blada; ma niewielkie zmiany w obu płucach. Nerka prawa wyczuwalna, bolesna, lewa niewyczuwalna i niebolesna. Pojemność pęcherza około 75 cm.³. Oględziny pęcherza moczowego wykazały w wybitnym stopniu cystitis diffusa i owrzodzenie lewego otworu moczowodowego wielkości srebrnej dziesiątki. Badanie nerek dało wynik następujący:

Prawa nerka.	Lewa nerka.
o s a d	
1) leukocyty 10 — 12 w polu widzenia.	1) składa się wyłącznie z ropy i śluzu.
2) czerwone krążki 15 — 25 w polu widzenia.	2) czerwone krążki 1—3 w polu widzenia.
3) wałeczki nerkowe w znacznej liczbie. Średnio na 4—5 pól widzenia jeden, i wyłącznie grube ziarniste.	3) wałków niema.
4) w preparatach barwionych żadnych drobnoustrojów nie wykryto.	4) znaczna liczba laseczników kwasoodpornych.
5) ilość moczu 20,5 cm.³, mocz przezroczysty z nieznacznym osadem, c. g. 1008, mocznik 20,1 na 1 litr, białka 0,1 ‰, chlorki 6.3.	5) ilość moczu 42 cm.³, mocz mętny z dużym szarobiałym osadem, c. g. 1010, mocznik 9,9 na 1 litr, białka 2,8‰, chlorki 4,1.

Jakkolwiek druga nerka ta, którą zamierzano zostawić, nie była zupełnie zdrowa (nephritis), jednak w przypuszczeniu, że po usunięciu głównego

ogniska ropnego stan drugiej nerki poprawi się, postanowiono lewą nerkę usunąć, czego też dokonano.

Opis okazu. Nerka o połowę większa od prawidłowej. Na przekroju w dolnym biegunie duża jama, wypełniona ropą. Wszystkie kielichy, zachowując swoją formę, są jakby inkrustowane zbitemi serowatemi masami. Gdzieniegdzie małe gruzełki w substancyi korowej. Piramidy zjedzone. Śluzówka miedniczki usiana drobnymi gruzełkami. Moczowód zgrubiały, twardy.

Druga chora, osoba l. 24, cierpi od roku; poza jednym jedynym objawem w postaci częstszego oddawania moczu innych objawów niema. Objaw ten w ciągu roku po miejscowem leczeniu ustępował po to, aby znowu powrócić bez widocznej przyczyny. Ostatnio po wstrzykiwaniach 4% gwajakolu w oliwie częste urynowanie i parcie zupełnie ustąpiły, chora uważała się za zupełnie zdrową. Pierwsze badanie, trwając zaledwie 15 minut, z powodu niecierpliwego zachowania się chorej (21 lutego), wykazało w prawej nerce ropienie w minimalnym stopniu — w lewej nerce mocz zupełnie jałowy. Laseczników nie wykryto. Powtórne badanie, trwające 2 godz., dowiodło najwidoczniej upośledzenia czynności prawej nerki. Już to upośledzenie czynności prawej nerki utwierdziło K. w przekonaniu, że ma się do czynienia z gruźlicą. Mocz z obu nerek wstrzyknięto śwince morskiej.

Wynik badania nerek:

Prawa nerka.	Lewa nerka.	
Osad odwirowany minimalny.	Osad odwirowany nieznaczny, brudny.	
1) ciałka ropne 30 — 50 w polu widzenia.	1) leukocyty średnio 1 w polu widzenia.	
2) nabłonki małe, okrągłe.	2) nabłonki małe, okrągłe.	
3) czerwone krążki krwi 3—5 w polu widzenia.	3) 30—45 czerwonych ciałek w polu widzenia.	
4) w preparatach barwionych ani laseczników kwasoodpornych, ani żadnych innych nie wykryto.	4) w preparatach barwionych laseczników kwasoodpornych ani żadnych innych nie wykryto.	
5) na podłożach w ciągu 24 godz. w t. 37^0 C. nic nie wyrosło.		
I $^1/_2$ godz. . . . . 37 cm.^{3}	I $^1/_2$ godz. 49 cm.^{3}	
Po pierwszej $^1/_2$ godz. dano chorej 400 gr. wody.		
II $^1/_2$ godz. . . . . 140 cm.^{3}	II $^1/_2$ godz. 225 cm.^{3}	Polyuria experimentalis.
III „ . . . . . . 46 cm.^{3}	III „ 95 cm.^{3}	
IV „ . . . . . . 4,5 cm.^{3}	IV „ 11 cm.^{3}	
227,5 cm.^{3}	379 cm.^{3}	
Mocz słabokwaśny, jasnożółty przezroczysty z minimal. osadem.	To samo.	
c. g. 1005	c. g. 1010	
mocznik 3,3$^0/_{00}$	mocznik 8,2$^0/_{00}$	
chlorki 1,8$^0/_{00}$.	chlorki 3,9$^0/_{00}$	
Mocznika w 2 godz. = 0,75	Mocznika w 2 godz. = 3,1	
białka 0,06$^0/_{00}$.	białka 0,09$^0/_{00}$.	

Po 4-ch tygodniach świnka morska, której wstrzyknięto mocz z prawej nerki, na pozór zdrowa. W miejscu wstrzyknięcia pod skórę żadnych zmian niema. Gruczoły pachwinowe nieco powiększone. W gruczołach pachwinowych wykryto laseczniki tbc. Druga świnka zdrowa.

Wycięto nerkę prawą.

Opis okazu. Nerka nieco powiększona. Na przekroju w górnym biegunie w substancyi korowej jedyne ognisko serowate wielkości sporego grochu polnego. Poza tem nerka, miedniczka i moczowód mają wygląd prawidłowy.

Kryński, podnosząc pomyślne wyniki w przypadkach omówionych przez kol. Kiełkiewicza, zaznacza, iż dzięki postępom dyagnostyki cierpień nerkowych wcześniej rozpoznać jesteśmy w stanie gruźlicę tego narządu i, co za tem idzie, wcześniej wykonać operacyę. Ta zaś w postaci zabiegu doszczętnego — wycięcia nerki — stanowi jedynie słuszne postępowanie, naturalnie tam, gdzie jest możliwa do wykonania, daje coraz lepszą odsetkę wyzdrowień i coraz szęstsze winna znajdować zastosowanie, szczególnie jeżeli uwzględnimy, że leczenie wszelkie inne nie prowadzi do celu i że nie znamy dotąd przypadków pewnych wyleczenia samoistnego sprawy gruźliczej w nerkach.

Leśniówski zaznacza, że wiadome mu są, nieliczne co prawda, przypadki gruźlicy nerek, leczone pomyślnie środkami zachowawczymi (tuberkulina, leczenie klimatyczne i t. p.).

4. ***Zakrzewski W.*** przedstawił strunę, która zaleca się tem, że 1) łatwo ją przygotować; 2) dobrze przechowuje się; 3) jest miękka, sprężysta i daje się łatwo nawlekać; 4) jest bezwzględnie jałowa; 5) dłużej, niż inne powszechnie używane, rozpływa się w tkankach.

1) Rozmaita rozpuszczalność tłuszczów wymaga kilku ingredientów do zupełnego odtłuszczenia struny. Struna sprzedażna, tak zwana odtłuszczona, zawiera często, jak to Z. sprawdził, do 5% tłuszczów, szczególniej №№ 5 i 6, co prawdopodobnie jest powodem zjawiania się często nawet jałowych zawiesin na miejscach szwów, pomimo ściśle przestrzeganych zasad aseptyki. Do zupełnego odtłuszczenia struny trzeba moczyć przez jedną dobę w benzynie, przez następną — w eterze siarczanym, a przez trzecią w alkoholu. Przed zanurzeniem w następnym płynie trzeba, by z poprzedniego—struna dobrze była wysuszona.

Po takiem potraktowaniu struny nie daje ona już odczynu na tłuszcze z kwasem osmowym, i można przystąpić do odkażenia jej. Odkaża Z. rozczynem 1% wodnym formaldehydu hematoksyliny w ciągu 5 dni, co, zresztą, można dla tem większej pewności przedłużyć do 7-iu dni, jakkolwiek struna, trzymana w pomienionym płynie przez 5 dni, wykazała się zupełnie jałową, jak wykazała pracownia Serkowskiego i Gryglewicz w pracowni Palmirskiego. Prócz tego było przeprowadzone badanie struny w ten sposób, że była ona impregnowana drobnoustrojami i ich zarodnikami w ciągu 48 godzin, będąc pogrążona w emulsyi, zawierającej drobnoustroje, a następnie była wyjałowiona, i okazała się w następstwie po 5-ciu dniach zupełnie jałową. Do badania była brana kultura bac. anthracis i mieszanina kultury b. pyocyanei i staphylococcus aureus.

2) Struna omawiana przechowuje się znakomicie w tym samym płynie i po upływie 1/3 roku nic na swej mocy nie traci, jak to można przekonać się na okazanej nici, trzeba było jeden raz na miesiąc płyn zmienić.

3) Jest miękka, sprężysta i daje się łatwo nawlekać i wiązać, czem różni się od innych przygotowywanych dotąd.

4) Dłużej, niż inne, rozpływa się w tkankach, co tak często jest pożądane przez chirurga. Sprawdził to Z. osobiście w kilku wypadkach w prywatnej praktyce.

Prócz tego przedstawione były przez Z. szpulki nowego typu, mające wyżłobienia podłużne na sobie, co daje poważną gwarancyę, że płyn, w którym wyjaławia się szpulki, dokładnie dochodzić będzie ze wszystkich stron do wyjałowionej nici. Szpulki te przeznaczone są wyłącznie dla struny, mają różną długość, i każda z nich zaopatrzona jest w numer, odpowiadający temu numerowi struny, który może być na nią swobodnie nawinięty. Szpulki te są mocne i tanie, a przedewszystkiem są więcej odpowiadające swemu celowi, niż szpulki np. Mikulicza, i są od nich znacznie tańsze i mocniejsze.

Po za tem przedstawione było opakowanie struny w ampułkach do użytku w praktyce doraźnej, różniące się tem od znanych dotychczas, że dowolną ilość nitki można wyciągnąć z ampułki przez jej zwężoną część, resztę zaś zachować do dalszego użytku, zatopiwszy otwór w zwężonej części nad płomieniem spirytusowym. Struna w ampułce przechowuje się w roztworze formaldehydu hematoksyliny, i gdy nawet została zanieczyszczona, antyseptyk doprowadzi ją do stanu jałowości z powrotem.

Kryński sądzi, że przedstawiona przez Z. struna nie posiada żadnej wyższości nad struną jodową, natomiast posiada wady (powolne wsysanie się).

Posiedzenie dnia 9 maja 1912 r.

1. *Krauze.* W sprawie położenia wyrostka robaczkowego w stosunku do otrzewnej.

2. *Kryński* Przypadek kamicy żółciowej o niezwykłych stosunkach anatomicznych.

3. *Leśniowski.* Zawężlenie wszystkich jelit cienkich.

1. *Krauze* W sprawie położenia wyrostka robaczkowego w stosunku do otrzewnej.

O ile nie ulega wątpliwości okoliczność, że rozmaite może być położenie wyrostka robaczkowego w stosunku do różnych narządów jamy brzusznej, o tyle do niedawna jeszcze położenie wyrostka w stosunku do otrzewnej było sporne. Taki badacz, jak Sprengel, utrzymuje, że położenie wyrostka robaczkowego zewnątrz otrzewnej jest niemożliwe, Lenander zaś jest zdania, że zewnątrzotrzewnowe położenie wyrostka, jeżeli bywa, to zaledwie w 2%. Sam on jakoby spostrzegał takie położenie raz w przebiegu operacyi na zimno, i raz podczas napadu, lecz pewności nie ma. Dopiero

ścisłe badania położenia wyrostka, przedsięwzięte na trupach, pokazały, że zewnątrzotrzewnowe położenie nie ulega wątpliwości, wszakże zdarza się rzadko. Tak—na 557 poszukiwań na trupach znalazł Strand 9 razy wyrostek, leżący częściowo lub całkowicie zewnątrzotrzewnowo, na 105 przypadków znalazł Turner 4 częściowo, a 2 zupełnie zewnątrzotrzewnowo leżące wyrostki; na 440 sekcyi znalazł Briggs 4 wyrostki zewnątrzotrzewnowo leżące, Fergusson natomiast utrzymuje, że na 200 sekcyi tylko 123 razy wyrostek leżał wewnątrzotrzewnowo, w 77 zaś przypadkach wyrostek tak był przykryty otrzewną, że przedziurawienie mogło nastąpić tylko do tkanki łącznej pozaotrzewnowej. Wreszcie Sonnenburg podaje, że Sydow na 586 badań na trupach znalazł wyrostek 20 razy zupełnie, 19 zaś razy częściowo wtopiony w listku otrzewnowym, który pokrywa dół biodrowy, 11 zaś razy przebiegał w tkance łącznej pod kątnicą. Na zasadzie własnych swoich poszukiwań na trupach Sonnenburg twierdzi, że po większej części położenie takie powstawało wskutek zrostów. Rzadkość położenia wyrostka zewnątrzotrzewnowego stwierdzili również Ciechanowski i Gliński, Liertz, Wertheim zaś, badając 100 trupów, ani razu takiego położenia stwierdzić nie mógł.

W ostatnich czasach na znaczną liczbę przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanych przezK. na zimno, wszystkiego w 2-ch przypadkach miał sposobność spostrzegania zewnątrzotrzewnowo leżącego wyrostka; w jednym przypadku całkowicie, w drugim częściowo.

Pierwszy przypadek dotyczył 15-letniego chłopca, który kilkakrotnie zapadał na zapalenie wyr. rob. Napady były lekkie. Podczas operacyi po otwarciu jamy otrzewnej żadnych zrostów nie znaleziono. Poszukując wyrostek, stwierdzono, że leży on całkowicie pozaotrzewnowo; po przecięciu otrzewnej ściennej dolnej poniżej kątnicy, można było wyrostek na całej przestrzeni wyosobnić. Krezki nie było, nie podwiązano też żadnego naczynia. Długość wyrostka 10,5 cm. Kanał wyrostka wolny, zawiera płynny kał; koniec wyrostka zgrubiały. Na błonie śluzowej wylewy krwawe (Pokaz preparatu).

Drugi przypadek dotyczył 16-letniej chorej, która przybyła do szpitala w ciężkim stanie ostrego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego. W przebiegu operacyi, dokonanej na zimno, po otwarciu jamy otrzewnej znaleziono kątnicę, zlepioną z kiszką grubą; z łatwością oddzielono kątnicę od kiszki. Poniżej kątnicy wcale zrostów nie było, i wyraźnie można było zauważyć wyrostek, idący poza otrzewną na przestrzeni około 6 cm., dalej zaś część wyrostka wystawała z otrzewnej z bardzo nizką krezką. Dla wyosobnienia wyrostka trzeba było przeciąć otrzewną ścienną tylną, przyczem okazało się, że ta część wyrostka krezki nie posiada. Koniec wyrostka był oddzielony, i leżał nieco dalej, przyrośnięty do otrzewnej w jamie brzusznej. W ten sposób okazało się, że $^2/_3$ wyrostka leżało zewnątrzotrzewnowo bez krezki, a $^1/_3$ wewnątrzotrzewnowo z b. nizką krezką. Długość wyrostka 10 cm. W świetle jego znajduje się kamień kałowy, na błonie śluzowej wylewy krwawe (pokaz preparatu).

Wyrostek, leżący poza otrzewną, jest nieruchomy, zawartość jego niedostatecznie opróżnia się, co daje powód do jego zachorowań. Mamy tu te

same warunki, jakie spotykają się po silnym napadzie zapalenia, w następstwie czego wytworzyły się zrosty, usposabiające do nawrotów.

Rozpoznanie pozaotrzewnowego położenia wyrostka jest trudne. Według Bryantha ma, jakoby, na korzyść takiego położenia przemawiać charakter bólu, z początku tępy, później, gdy zapalenie przechodzi na otrzewną, ból staje się ostrym, silnym.

Jeżeli tworzy się ropień, to znajduje się on zewnątrzotrzewnowo między otrzewną ścienną i powięzią dołu biodrowego, i zależnie od kierunku, w którym rozszerza się, można go wziąć za ropień wątroby, ropień okołonerkowy, za zapalenie mięśnia lędźwiowoudowego, za gruźlicę kości biodrowej i t. d.

Kryński. Ułożenie pozaotrzewnowe wyrostka robaczkowego stanowi dziś już fakt spostrzegany i znany, do czego przyczyniły się także prace polskie Kostaneckiego, Ciechanowskiego i Glińskiego, które wykazały mylność poglądów dawniejszych Sprengela i Lennandera i innych. Wyliczając różne ułożenia wyrostka poza otrzewną, nie wspomniał Krauze o najtypowszem, a mianowicie—o położeniu z tyłu poza kątnicą, wzdłuż podłużnej taśmy tylnej tak, iż po otwarciu jamy brzusznej widać tylko dolny brzeg kątnicy, przyrosły ściśle do powięzi dołu biodrowego, brak zaś zupełny wyrostka. Dopiero po odpreparowaniu kątnicy i uniesieniu ku górze widać wyrostek, ciągnący się wzdłuż i ku górze, i wtopiony w ścianę kiszki wstępującej. Dwa takie przypadki operował Kryński w ostatnich czasach, ostatni przed 24 godzinami. W jednym i drugim przypadku wyrostek nie był widoczny w jamie brzusznej, i dopiero po oddzieleniu ku górze kątnicy udało się wyrostek znaleźć, odpreparować i usunąć. Przebieg pooperacyjny w obydwóch przypadkach był pomyślny.

Löwenstein. Przypadek pozaotrzewnowego położenia wyrostka robaczkowego i kątnicy, o którym wspomniał Krauze, opisał L. szczegółowo i podał do druku. W kilku słowach pozwala L. sobie zaznaczyć, że dotyczy on 29-letniej chorej A. R. Przez 2 lata narzekała ona na silne bóle w prawym dole biodrowym, które nie znikały pomimo leczenia w szpitalu Dz. Jezus i prywatnie. Pozatem chora cierpi na obstrukcyę. W okolicy kątnicy niekiedy tworzy się guz wielkości jabłka, który po wypróżnieniu lub przy obmacywaniu zupełnie ginie, przyczem odczuwa się bulgotanie w jelitach.

Przy badaniu stwierdza L. przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego i skłania chorą do poddania się operacyi, którą wykonał na oddz. D-ra Krauzego 20 września 1911 r.

Po otworzeniu jamy brzusznej nigdzie nie znajduje L. zrostu sieci z jelitami, ani też jelit pomiędzy sobą. Po uniesieniu sieci ku górze przystępuje L. do odszukania wyrostka, co napotyka na pewne trudności, gdyż pomimo zupełnie prawidłowego położenia i wyglądu jelit nie udaje się odnaleźć kątnicy, ani wyrostka. Łatwo natomiast odnajduje L. miejsce wylotu jelita biodrowego do kątnicy. Całą przestrzeń poniżej tego miejsca poddaje L. szczegółowym oględzinom, lecz nigdzie nie znajduje ani śladu blizn lub zrostów, poza którymi można byłoby przypuścić, że znajduje się wyrostek.

Okrężnica wstępująca zupełnie nieruchoma, własnej krezki nie posiada. Typowych zatok lub fałdów L. nie znalazł, jedynie słabo rozwiniętą zatokę biodrowookrężniczą.

Obmacując otrzewną ścienną około 6 cm. poniżej miejsca, gdzie jelito kręte wpada do kątnicy, wyczuwa L. pod otrzewną na wszystkie strony ruchomy podłużny krótki guz, który przyjmuje za wyrostek robaczkowy. By doń dostać się, przecina ponad nim otrzewną ścienną na długości 5 cm. i z pośród wiotkiej tkanki łącznej wydobywa wyrostek robaczkowy wraz z dolną częścią kątnicy. Otrzewna w tem miejscu, jak wszędzie — gładka, błyszcząca. Wyrostek in situ około 5 cm. długi, ślimakowato w kłębek zwinięty. Powierzchnia jego nierówna, pokryta tkanką łączną. Zupełny brak krezki. Ponieważ kątnica również była umieszczona pod otrzewną, przeto nie można było rozpoznać jej normalnych zarysów. Po usunięciu wyrostka otwór w otrzewnej z powrotem L. zaszył. Przebieg pooperacyjny minął bez powikłań. Po kilku tygodniach widział znowu chorą. Aczkolwiek stan ogólny znacznie poprawił się, bóle jednak w prawym dole biodrowym i peryodyczne wzdęcie kątnicy nie ustąpiły zupełnie. Widocznie umieszczona pod otrzewną, jakby uwięźnięta, kątnica nie opróżnia się prawidłowo i niekiedy wzdyma się w postaci guza, co sprawia chorej wyżej opisane dolegliwości.

W dostępnem piśmiennictwie polskiem nie spotkał L. opisu pozaotrzewnowego położenia wyrostka w stanie zapalnym i kątnicy, stwierdzonego podczas operacyi. Natomiast nowe prace Ciechanowskiego i Glińskiego i innych stwierdzają podobne zmiany anatomiczne, znalezione podczas sekcyi na trupach.

2. *Kryński.* Przypadek kamicy żółciowej, o niezwykłych stosunkach anatomicznych.

Kryński operował przypadek zapalenia pęcherza żółciowego i kamicy żółciowej, w którym podczas zabiegu znaleziono długi, językowaty wyrostek z tkanki wątrobowej, odchodzący ku dołowi od przedniego brzegu wątroby. Wyrostek ten był zrośnięty z trzewami i dla tej przyczyny, wykonywując wycięcie pęcherza, wypadło go rezekować, pozostawiając go w łączności z trzewami. Na pasie gazy, włożonym w kierunku tego przeszczepionego jak gdyby płata wątroby, przez kilka dni po zabiegu znajdowano ślady żółci.

3. *Leśniowski.* Zawęźlenie wszystkich kiszek cienkich. Przemówienie to szczegółowo było wydrukowane w Zesz. I, Tomu VIII Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego.

Gabszewicz jako jedną z przyczyn zawęźlenia kiszek cienkich podaje uchyłek Meckela, co spostrzegał w jednym przypadku.

Szteyner przed 2½ laty operował mężczyznę trzydziestoletniego z powodu niedrożności jelit, i znalazł skręcenie wszystkich jelit cienkich na 360^0, po wydobyciu wszystkich jelit z brzucha na zewnatrz udało się bez trudności odprowadzić i odkręcić jelita. Chory szybko powrócił do zdrowia. W drugim przypadku, operowanym niedawno, S. znalazł skręcenie znacznej części jelit cienkich wraz z kiszką ślepą (coecum mobile) i okrężnicą wstępującą. Skręcenie było tylko na 180^0, jednakże już nastąpiła zgorzel na dużej prze-

strzeni, tak że nie można było nic innego zrobić, jak sztuczny odbyt. Nastąpiło krótkotrwałe polepszenie i chora w niedługim czasie zmarła.

Posiedzenie dnia 13 czerwca 1912 r.

1. *Jakimiak.* a) przypadek gruczolaka nerki dużych rozmiarów (pokaz preparatu).
 b) przypadek kamicowego zapalenia pęcherza żółciowego (cholecystitis calculosa).
 c) kamień pęcherza moczowego w związku z ciałem obcem.
2. *Cegłowski.* Przypadek erysipeloidu ramienia.
3. *Loewenstein.* Pokaz preparatu wyrostka robaczkowego o położeniu pozaotrzewnowem.
4. *Leśniowski.* Przypadek torbielkowatości nerki (pokaz preparatu).
5. *Sawicki.* Przypadek torbielkowatości nerki wraz z kamieniami.
6. *Sawicki.* Przypadek brodawczaka miedniczki.
7. *Maliniak.* Trzy przypadki samoistnego pęknięcia kiszki.

1. a) *Jakimiak* przedstawił okaz guza nerki i chorą, u której guz ten został usunięty.

Chora G. Ż., wieku lat 32, przybyła do oddziału 5 marca 1912 r. Opowiada, że już przed 6 laty zauważyła bóle w brzuchu z prawej strony, występujące po dłuższem chodzeniu. Rozpoznawano z początku cierpienie wątroby, a później nerki. Od 2-ch lat w moczu zaczęła pokazywać się krew. Przed 7-ma miesiącami zauważyła guz z prawej strony brzucha, który stale powiększał się. Rozpoznawano nerkę wędrującą, i polecono nosić pas. Chora stracila apetyt, wychudła, na nogach wystąpiły obrzęki.

Przy badaniu w szpitalu znaleziono z prawej strony brzucha guz mało ruchomy, wielkości głowy dorosłego człowieka. Chora blada, mizerna, kończyny dolne obrzęknięte, w sercu lekki szmer; moczu wydziela około 1000 cs., w moczu ślady białka. Za pomocą cewnikowania moczowodów przez kol. Fryszmana stwierdzono niedrożność prawego moczowodu i zupełny brak wydzielania moczu z prawej nerki. Fotografia Roentgena nie dała żadnych wskazówek co do obecności kamieni nerkowych. Operacyę wykonano 15 marca. Cięciem pozaotrzewnowem usunięto guz, który był bardzo pozrastany z tkankami sąsiedniemi. Guz był wielkości głowy dorosłego człowieka, wagi 1400 grm. Badanie, dokonane przez kol. Paszkiewicza, stwierdziło, że guz ten jest to fibroadenoma papillare, zajmujący całą nerkę, która pomimo olbrzymiego przerostu zachowała kształt nerki. Zwykłe gruczolaki nerek są to guzy nieduże, znajdują się pod otoczką właściwą, wrastają jednak głębiej w miąższ, często zaś występują w większej liczbie. W rzadkich tylko przypadkach rozwijają się, jak w danym przypadku, jako duże guzy wielkości głowy ludzkiej.

b) *Jakimiak* przedstawił okaz pęcherza żółciowego wielkości głowy noworodka.

Chora Ita W. wieku lat 60, przybyła z guzem w środkowej górnej części brzucha, wielkości głowy dziecka. Chora bardzo osłabiona, stan podgorączkowy. Podczas operacyi znaleziono guz chełbocący, napięty, zrośnięty z siecią, żołądkiem, dwunastnicą i z okrężnicą. W przebiegu oddzielania silnych zrostów, ściana guza przedarła się i pokazała się gęsta ropa. Po oddzieleniu guza od sąsiednich poprzyrastanych narządów, szyję pęchera, która była otoczona zserowaciałymi zrostami, podwiązano i pęcherz obcięto. W pęcherzu znaleziono wolno pływające w ropie 2 duże kamienie, wielkości i kształtu tak zwanych amerykańskich orzechów. W ropie bact. coli comm.

c) *Jakimiak* przedstawił fotografię rentgenowską i kamień pęcherzowy, uformowany na szpilce podwójnej, wepchniętej do pęcherza przez 12-letnią dziewczynkę przed pięciu laty. U chorej, obecnie 17-letniej dziewczyny, dopiero w ostatnich czasach zjawiły się krwawienia z pęcherza; poprzednio były bóle podczas oddawania moczu. Kamień wyjęty cięciem nadłonowem jest wielkości cytryny.

2. *Cegłowski* przedstawił 20-letnią kobietę, która przed 3-ma tygodniami ukłuła się końcem noża kuchennego w ramię. Wkrótce potem wystąpiło zaczerwienienie skóry, połączone z uczuciem kłucia, podniesieniami ciepłoty ciała do 37,8° C. (maximum). Zaczęto stosować okłady z płynu Burowa pod ceratą, ale leczenie to wyniku pożądanego nie dało, gdyż zaczerwienienie zaczęło szerzyć się coraz więcej. Z chorej skóry wyhodowano łańcuszkowiec, którego gatunku bliżej nie określono. Obecnie zaczerwienienie obejmuje mniej więcej 12 ctm², na obwodzie jest żywsze, ku środkowi skóra staje się bledszą, w samym środku zaś, w miejscu ukłucia, skóra zaledwie różowa. Granica zaczerwienienia nie ostro zarysowana. Zaczerwieniona skóra nieco obrzmiała. Ciepłota ciała prawidłowa.

Jakimiak. Przypadki, podobne do przedstawionego, dosyć często są spotykane w praktyce ambulatoryjnej u osób, zajmujących się przyrządzaniem mięsa lub ryb, rzadziej zaś u osób, zajmujących się np. ogrodnictwem, po zadraśnieniu kolcem róży, agrestu i t. p. J. leczy je zwykle w ten sposób, że wzdęty naskórek stara się obciąć przy samej zdrowej części, a następnie tuż przy zdrowej skórze smaruje chorą część lapisem in substantia i przykrywa wszystko suchą gazą, czasem zaś, jeżeli jest zajęta większa przestrzeń i jest duże ropienie, oprócz posmarowania lapisem, kładzie na guzie maść Mikulicza. Zwykle wystarcza jednokrotne takie postępowanie, żeby opanować cierpienie i nie pozwolić pełzać zapaleniu dalej. Wyjątkowo tylko po niezupełnie dokładnem obcięciu wzdętego naskórka trzeba zabieg ten powtórzyć.

Wertheim przypomina, że wobec bakteryologicznego stwierdzenia łańcuszkowców na skórze, dotkniętej zapaleniem, prelegent miał do czynienia z różą. Zaczerwienienie, pozostałe do chwili obecnej, W. przypisuje działaniu leków, stosowanych w celu zwalczania sprawy zapalnej.

Szerszyński uważa przedstawiony przez C. przypadek za erysipeloid. Cierpienie to, jak wiadomo, rozszerza się zazwyczaj u osób, mających do czynienia z surowem mięsem (kucharki, rzeźnicy), występuje często po

drobnych uszkodzeniach skóry palców lub dłoni, zaczyna się najczęściej zaczerwienieniem i obrzmieniem skóry palca, skąd przechodzi i na dłoń. Zaczerwienienie nie bywa tak ostro odgraniczone, jak w róży, jest wyraźniejsze na obwodzie, niż w środku, ciepłota ciała nie dosięga tak wysokich stopni, jak w róży (38°), sąsiednie stawy, zwykle międzypaliczkowe są na ucisk bolesne. W praktyce ambulatoryjnej cierpienie to nie należy do rzadkich, wszystkie spostrzeżenia S. dotyczyły osób, mających do czynienia z surowem mięsem lub rybami. Co do leczenia, to zwykle stosowane w podobnych cierpieniach środki, jak okłady z płynu Burowa pod ceratą lub jodynowanie nie dają dobrego wyniku, lepiej działa szara maść rtęciowa, choć i pod nią cierpienie zaciąga się do 2-ch tygodni. W danym przypadku za erysipeloïdem, a przeciwko róży przemawia: etiologia (ukłucie nożem kuchennym), brak większych podniesień ciepłoty, zaczerwienienie o nieostro odgraniczonych brzegach. S. proponuje zastosowanie wcierania szarej maści w chorą skórę.

3. *Loewenstein.* Pokaz preparatu wyrostka robaczkowego o położeniu pozaotrzewnowem.

4. *Leśniowski* przedstawił okaz anatomiczny torbielkowatości nerki, oraz podał opis samego przypadku. Chora w 1911 r. była operowana z powodu torbieli jajnika wielokomorowej, która to torbiel w czasie operacyi pękła i zawartość z niej wylała się do jamy otrzewnowej. Chora powoli zagoiła się i dłuższy czas miała się dobrze. Po kilku miesiącach przyjechała pokazać się, i wówczas znaleziono u niej w podżebrzu prawem guz, który jakoby po pewnym czasie zmniejszył się. Ostatnio zachorowała śród objawów dużych b. bólów w prawej połowie brzucha, połączonych z bardzo dużą gorączką. Rozpoznano na razie sprawę przywyrostkową z rozległem podrażnieniem otrzewnej. Po przybyciu chorej do oddziału na razie zastosowano leczenie zachowawcze Powoli ciepłota ciała obniżyła się, guz zaczął zmniejszać się tak, iż znikał jego dolny odcinek, dochodzący do dołu biodrowego prawego, pozostawała wyraźna górna połowa, wielkości główki noworodka, ginąca w prawem podżebrzu. Stan ogólny chorej podupadł znacznie. Badanie moczu wykryło w nim duże ilości ropy. Badanie pęcherza moczowego z pomocą wziernika wykryło wypływanie ropy z prawego ujścia moczowodu; cewnikowanie prawego moczowodu wykryło w nim tylko gęstą ropę, wypłukującą się za pomocą roztworu kwasu bornego Z ujścia lewego moczowodu wystrzykiwał mocz czysty. Chora miewała bóle głowy, mdłości, wymioty. Zdjęcie rentgenowskie kamieni w narządach moczowych nie wykryło. Rozpoznano roponercze prawostronne i L. wykonał operacyę usunięcia chorej nerki przed kilkoma tygodniami. Sam zabieg był niezwykle ciężki technicznie ze względu na nadzwyczaj tęgie zrosty stare, bliznowe. Kilkakrotnie otwierano jamę otrzewnej, co nastręczało b. duże niebezpieczeństwo, gdyż z nadrywającego się ustawicznie guza nerkowego wypływała do rany ciecz ropiastoposokowa. Okres pooperacyjny przebiegł nadspodziewanie pomyślnie dla chorej.

Przedstawiony przez Leśniowskiego okaz usuniętej nerki—jest wielkości dużej głowy dziecka; składa się on z niezliczonej liczby tworów pęche-

rzykowatych rozmaitej wielkości—od łebka od szpilki do małej mandarynki; zawartość tych pęcherzy — płynna, miejscami ropiasta. Badanie mikroskopowe, wykonane przez D-ra M. Zielińską, wykazało, że miano do czynienia z nerką torbielkowato zwyrodniałą.

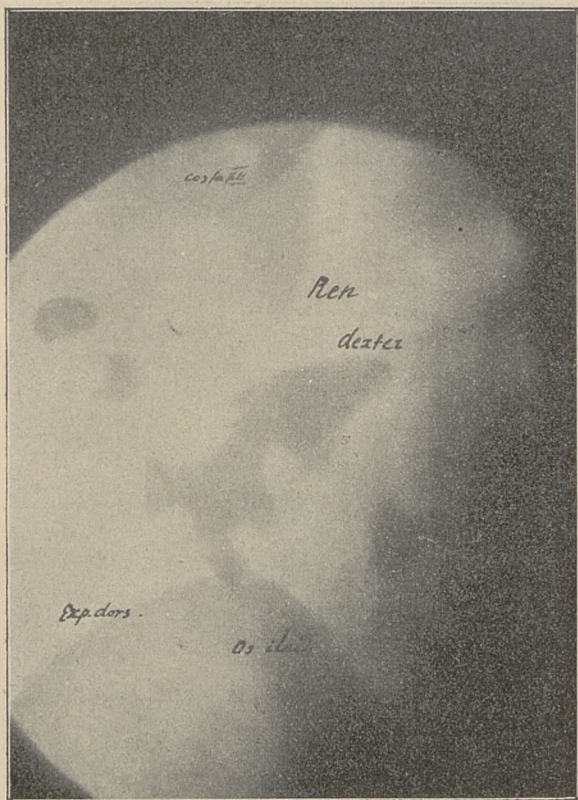
Następnie podaje L. ogólne uwagi, dotyczące samej istoty sprawy chorobowej, nowsze poglądy na nią, i podnosi niektóre cechy swego przypadku. W przypadku tym duży guz torbielkowatej nerki utworzył się w terminie b. krótkim, bo w przeciągu kilku miesięcy; podczas operacyi torbieli jajnika guz ten nie dał się jeszcze zauważyć. Następnie zajmujące jest, że zakażenie zwyrodniałej nerki i tkanki przynerkowej dało obraz chorobowy, który wprowadził w błąd kilku lekarzy, każąc im myśleć o sprawie przywyrostkowej.

Stan chorej ogólny poprawiał się dobrze, takie objawy, jak bóle głowy, mdłości — znikły, można więc spodziewać się, że czynność nerki lewej jest zupełnie dla oczyszczania ustroju wystarczająca, że więc jest nerka lewa albo zupełnie zdrowa, albo jeżeli i jest zwyrodniała torbielkowato, to w słabym stopniu.

Krauze. Nie wie, czy Leśniowski zbadał czynność drugiej nerki, gdyż znajdując podczas operacyi zwyrodnienie torbielkowate nerki powinien był wiedzieć, jak wygląda druga nerka. Izrael nie wyłuszcza nerki, jeżeli podczas operacyi znajduje zwyrodnienie torbielkowate. Jednakże ponieważ bywają przypadki, aczkolwiek rzadkie, że zajęta jest tylko jedna nerka, wówczas właściwie operować należy. Należałoby w takich razach, zdaniem Kr., przed wyłuszczeniem nerki obnażyć drugą i stosownie do tego, w jakim stanie znajduje się druga nerka, zarządzić dalszy bieg operacyi. Jeżeli druga nerka jest zdrowa, nerkę zwyrodniałą należy wyłuszczyć, w przeciwnym razie ranę zaszyć, pozostawiając nerkę nietkniętą lub nakłuwając torbiele i wpuszczając nerkę.

5. *Sawicki* przedstawia kumienie, usunięte z nerki, torbielkowato zwyrodnionej, oraz rentgenogram tejże oraz drugiej nerki. A. S., lat 57, przed 30 laty cierpiała na przypadłości, które wówczas lekarze objaśniali obecnością piasku nerkowego. Potem chora dłuższy czas czuła się dobrze, parokrotnie urodziła bez powikłań, i dopiero od lat 12 zaczęła doznawać bólów w prawej, później w lewej okolicy lędźwiowej. Mniej więcej od tego czasu mocz stał się mętny. W ciągu ostatniego roku od czasu do czasu występowały nudności. S. widział chorą po raz pierwszy razem z Dr. Chełchowskim w końcu 1911 r. Chora blada, stan lekko podgorączkowy, tętno około 90, umiarkowanej siły. Obie nerki duże o powierzchni nierównej guzowatej. Prawa nerka, wielkości główki rocznego dziecka, opuszczona, dolnym biegunem leży w miednicy dużej, górnym nie dochodzi do podżebrza, tak że górny brzeg tej nerki można dokładnie obmacać. Z tego położenia można nerkę przepchnąć ku górze, tak że górny jej odcinek chowa się pod żebrami. Lewa nerka nieco mniejsza, mało ruchoma, na ucisk bardzo wrażliwa. Górny jej odcinek schowany pod żebrami, i obmacać go nie można. Mocz mocno mętny, z dużym osadem. Rozbiór moczu wykazał: dobowa ość—1500 cm. sz., odczyn—zasadowy, ciężar gatunkowy—1007, białka—0,2⁰/₀₀.

Mocznika znaleziono w litrze 6,0, w całym moczu z doby — 9,0 (zamiast 20,0 — 40,0). Chlorków było w litrze — 4,7, w całym moczu z doby — 7,05 (zamiast 10,0 — 16,0). Czerwonych krążków krwi więcej, niż prawidłowo. Duża ilość leukocytów, komórek pęcherzowych, nieco komórek wrzecionowatych. Po za tem znaleziono pałeczki, podobne do laseecznika okrężnicy



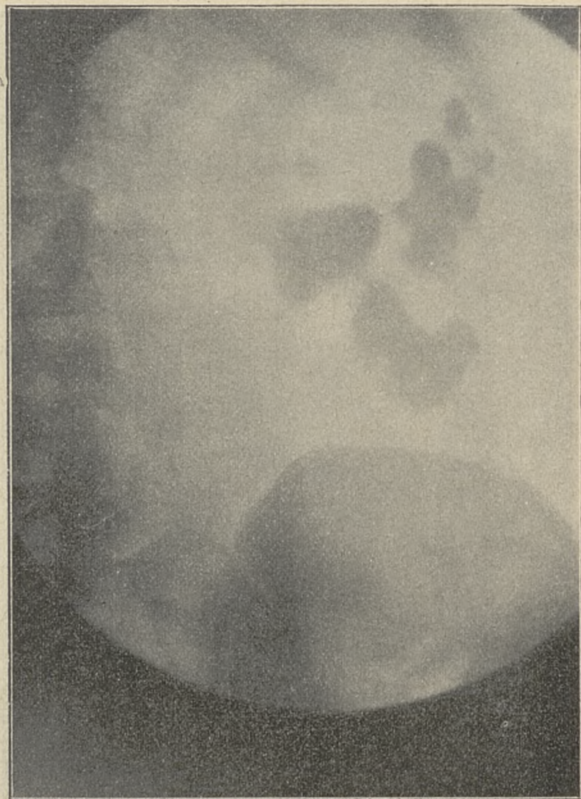
Rys. 1. Nerka prawa.

Opierając się na wielkości i kształcie nerek, na własnościach moczu i na przebiegu cierpienia obaj konsultujący lekarze rozpoznali torbielkowate zwyrodnienie obu nerek, powikłane ropieniem. Dla pełności spostrzeżenia zaproponowano zdjęcie rentgenograficzne, które wprędce potem wykonano. Zdjęcia te wykazały obecność licznych, dużych kamieni w obu nerkach, jak to załączone obrazy przedstawiają.

Po raz drugi S. widział chorą w końcu marca 1912 r. Okazało się,

że na początku marca dostała ona silnego bólu głowy, nudności, wymiotów; wszystko to po tygodniu uspokoiło się. Pomimo to chora od tego czasu czuje się gorzej. Wystąpiły obrzęki twarzy i nóg, blada cera nabrała odcienia woskowego. Dość silne bóle w lewej okolicy lędźwiowej.

Badanie dało: tętno 110, dość słabe, ciepłota stale 37 — 37,2 rano, 37,2—37,6 wieczorem.



Rys. 2. Nerka lewa.

Rozbiór moczu: Ilość dobowa — 1500 cm. sz., odczyn słaboalkaliczny, ciężar gatunkowy—1008, mocznika—9,4$^0/_{00}$, kwasu moczowego 0,55$^0/_{00}$, chlorków—2,3$^0/_{00}$.. Obfita ilość ciałek ropnych (100—200 na polu widzenia). Niewielka ilość komórek miedniczkowych.

Pomimo małej nadziei uratowania chorej zaproponowano usunięcie kamieni z jednej, a, o ile chora przetrzyma, z drugiej nerki.

D. 28 marca 1912 r. wykonano cięcie nerki na stronie lewej. Cięciem

ukośnem obnażono nerkę, która okazała się cała torbielowato zwyrodniona. Oddzielne torbiele wielkości jaja kurzego, gęsiego i większe zawierały płyn mniej lub więcej mętny. W niektórych z nich siedziały kamienie, przytem torbiele te były zamknięte i nie łączyły się z miedniczką. Tylko największy kamień siedział w kielichu, tworzącym duży uchyłek, połączony z miedniczką. Po usunięciu tego kamienia nałożono szew na ścianę miedniczki. Oddzielne torbiele ponakłuwano lub ponacinano, usuwając kamienie, o ile się tam znajdowały. Tym sposobem otrzymano w końcu torbę, w której na oko właściwego miąższu nerkowego nie można było znaleźć. Niemniej przeto, wobec zwyrodnienia drugiej nerki, nie usuwano nerki lewej, lecz ją na swoje miejsce odprowadzono. Ranę w części zaszyto, w części pasami gazy przesączkowano.

Chora żyła po operacyi 11 dni. Dobowa ilość moczu, początkowo znacznie zmniejszona, po paru dniach dosięgła 1000 cm. sz. Po za tem i opatrunek bywał stale obficie zmoczony. Chora początkowo zdawała się nieco poprawiać, po kilku dniach atoli obrzęki zaczęły zwiększać się, tętno stało się słabsze, i chora zmarła w objawach upadku sił. Opisany przypadek zasługuje na uwagę ze względu na to, że w obu nerkach obok torbielowatego zwyrodnienia z typowymi objawami znajdowały się jeszcze liczne kamienie.

6. *Sawicki B.* przedstawia preparat mikroskopowy polipa, usuniętego z kielicha miedniczki nerkowej. B. A., lat 48, zapisała się w lutym 1912 r. do spitala z powodu bólów w prawej okolicy lędźwiowej oraz krwawego moczu. Objawy te trwają od 7 miesięcy. Bóle powiększyły się od paru tygodni.

Chora dość dobrze zbudowana, niedokrwista. Tętno 100. Obiedwie nerki niewyczuwalne. Dwuręczne badanie wywołuje ból przy uciskaniu na 12 żebro oraz okolicę podżebrową. Także bolesny jest wstrząs w tej okolicy. Rentgenoskopia kamieni ani w obu nerkach, ani w moczowodach nie wykazała. Oględziny pęcherza moczowego wykazały, że mocz mocno krwawy wypływa z lewego moczowodu.

Opierając się na tem, S. wykonał nefrotomię lewostronną. Nerka w górnym odcinku mocno przyrośnięta, a na jej otoczce w tem miejscu białe zgrubienie. Cięciem anatomicznem rozcięto nerkę. Substancya jej wyraźnych zmian nie przedstawiała. W górnym kielichu znaleziono wystający na ścianie, żywo krwawiący polip, wielkości poziomki. Usunięto go łyżeczką, poczem miejsce, gdzie był przymocowany, nożem wycięto. Moczowód na całej przestrzeni drożny. Szew węzełkowy ze struny na nerkę. Wyzdrowienie zupełne. Bóle w okolicy nerki prawej czas jakiś jeszcze trwały, lecz po zastosowaniu kąpieli ciepłych ustąpiły.

7. *Maliniak.* O przedziurawieniu kiszki cienkiej.

W ciągu ostatnich 3-ch lat M. spostrzegał w oddziale D-ra Janowskiego 3 przypadki przedziurawienia kiszki cienkiej. Wszystkie 3 były rozpoznane, jako appendicitis lub peritonitis ex appendicitide, i miały przebieg ostry. W 1-ym przypadku z powodu ciężkiego stanu ogólnego nie doszło do operacyi, i na autopsyi (prof. Dmochowski) znaleziono w odległości 3-ch stóp

od zastawki Bauhina w jelicie krętem otwór, wielkości ziarnka grochu, z brzegami zgorzelinowymi. Kiszka wypełniona ogromną masą twardych i dużych zupełnie niestrawionych łusek od jabłek. Innych owrzodzeń w kiszce nie było.

W przypadku 2-im podczas operacyi (Leśniowski) znaleziono w dolnej części kiszki cienkiej otwór około 2 mm. średnicy o brzegach dość ostro ściętych. W innych miejscach kiszka zmian nie przedstawiała. Autopsyi nie dokonano.

W przypadku 3-im (operowanym przez Tymienieckiego) podczas operacyi znaleziono skleiny kiszek, których nie rozklejano; na autopsyi (prof. Pożaryski) w odległości $1^1/_2$ m. od zastawki Bauhina znaleziono ścieńczałą ścianę kiszki, w niej wylewy krwawe. Mniej więcej w środku tych zmian (wielkości rubla srebrnego) okrągły otwór, wielkości ziarnka grochu, bez zmian odczynowych wokoło. W kiszkach cienkich dużo askaryd. W niektórych miejscach kiszki cienkiej wylewy krwawe, owrzodzeń nigdzie nie widać.

W żadnym z trzech przypadków nie mamy do czynienia z owrzodzeniami, które w kiszkach cienkich napotykać zwykliśmy, t. j. z owrzodzeniami tyfusowemi, gruźliczemi. Tylko w 2-im przypadku twierdzenia tego nie możemy wypowiedzieć z całą stanowczością, gdyż badania pośmiertnego nie dokonano. W przypadku pierwszym jako przyczynę, jeśli nie wywołującą, to sprzyjającą w każdym razie przedziurawieniu, musimy uważać łuski od jabłek (t. j. ciało obce); w przypadku 3-im bardzo prawdopodobnie askarydy były jedną z przyczyn powstania przedziurawienia.

Prawdopodobnie sprawy podobne zdarzają się częściej, niż się to zazwyczaj przyjmuje. Część przypadków rozpoznawanych, jako zapalenie wyrostka, być może — tutaj należą. W naszym 3-im przypadku nawet podczas operacyi sprawa nie została wyjaśniona i dopiero badanie pośmiertne wykazało błędność diagnozy klinicznej.

Zaznaczyć należy, że w wyrostku w żadnym z przypadków Maliniaka zmian nie było zupełnie.

BR. SZERSZYŃSKI.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 31 maja 1912 r.

1. *Endelman* mówił o cięciu cesarkiem szyjowem według metody Haenkla, oraz przedstawił pacyentkę, operowaną według tejże metody.

W rozprawach zabierali głos: Borysowicz i Neugebauer.

2. *Zaborowski* przedstawił ze szpitala Św. Zofii następujące okazy:

1) Ciążę zamaciczną, operowaną w d. 17 maja z powodu objawów krwawienia do jamy brzusznej. Z okazu widać, że krwawienie miało miejsce nie z pękniętego jajowodu, jak to bywa najczęściej, a wskutek typowego poronienia jajowodowego do otrzewnej. Zapłodnione jaje gnieździło się

w świetle jajowodu tuż przy otrzewnowym wylocie tego ostatniego. Wywiady i wielkość jaja, znalezionego wypadkowo w skrzepach krwi w jamie brzusznej, wskazują, że poronienie nastąpiło w szóstym tygodniu ciąży, nagle, bez przyczyny, w objawach krwawienia do otrzewnej. Chora, przywieziona przez Pogotowie w stanie ciężkim, operowana była w 14 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów w zapaści mocno wykrwiawiona. Sam zabieg nic szczególnego nie przedstawiał. Przebieg pooperacyjny natomiast był bardzo ciężki w ciągu pierwszych dni po zabiegu. Zdawało się, że utrata krwi była zbyt wielka, i chora nie zdoła wrócić do równowagi. Dopiero ósmego dnia nastąpił wyraźny zwrot ku lepszemu. Okaz składa się z dwóch części: ze zgrubiałego, przerosłego jajowodu, rozszerzonego szczególnie w okolicy otrzewnowego końca, i z całego jaja, otoczonego błonami.

2) Okaz trzonu macicy, usuniętej wraz z obu jajowodami cięciem nadpochwowem z powodu długotrwałych objawów przewlekłego zapalenia przydatków. Leczona zachowawczo od lat 5-ciu, chora uskarżała się na bardzo dotkliwe bóle podczas miesiączkowania i na nadmierne utraty krwi. Po otwarciu otrzewnej narządy, wypełniające małą miednicę, przedstawiły się, jako wielki kłąb, pozlepiany silnymi zrostami z otoczeniem: ze ścianą małej miednicy, z kiszkami i ze siecią. Odszukanie i określenie poszczególnych narządów małej miednicy przedstawiało znaczne trudności, które spotęgowały się jeszcze, kiedy wypadło oddzielić macicę i jajowody i wyłączyć jajniki, które, zważywszy na młody wiek chorej, zachować należało koniecznie. Wobec usunięcia obu jajowodów, wobec zmian, jakie stwierdzono w mięśniu macicy, przerośniętym i nacieczonym, a nadewszystko wobec ognisk podejrzanych, znalezionych tuż przy ścianie macicy, usunięcie trzonu zupełne tej ostatniej wydało się Z. wskazanem. Te same przyczyny, jak również wahania ciepłoty, którym chora podlegała krótko przed zabiegiem, i niemożność pokrycia otrzewną wielkiej krwawiącej rany, obejmującej całą małą miednicę, skłoniły Z. do pozostawienia rany otwartą i do włożenia worka.

W przypadkach, jak powyższy, a nawet w przypadkach, w których objawy przewlekłego zapalenia nie dosięgały takiego napięcia, Z. uważa leczenie zachowawcze za stratę czasu, odbijającą się ciężko na zdrowiu i na nerwach chorych. Przynieść ulgę i zapewnić względne zdrowie chorym takim może tylko zabieg doszczętny.

Chora, operowana przed 10 dn., ma się zupełnie dobrze.

3) Trzeci okaz, macica zwyrodniała włókniakowo, zasługuje na uwagę ze względu na spotykaną dziś już rzadko znaczną wielkość nowotworów i na sposób, w jaki te ostatnie umiejscowione były, i rozwijały się pierwotnie. Umiejscowienie to utrudnić miało w następstwie ich usunięcie. Sądząc z kształtu okazu i ze stosunku głównego nowotworu do macicy, ten ostatni rozwijał się pierwotnie w tylnej ścianie szyi i dopiero, wypełniwszy Douglasa, rozrastał się w jamie brzusznej, którą wypełniał podczas zabiegu na jeden palec powyżej pępka. Chora 51-letnia wyniszczona krwawieniami, źle odżywiana kobieta uskarża się na nadmierne utraty krwi, na bóle w dole brzucha, i przedewszystkiem na trudności w wydzielaniu moczu i kału. Że trudności te mogły być istotnie znaczne, stwierdzono przed zabiegiem, kiedy

mimo środków czyszczących i Hegarów nie było można sprowadzić obfitych wypróżnień. Zabieg, który trwał 1 godzinę i 20 minut, był technicznie trudny i, zważywszy na zły stan chorej, wogóle b. ciężki. Już po podwiązaniu więzów i po oddzieleniu otrzewnej na przedniej i na tylnej ścianie zwyrodniałej macicy, wyważenie jej z małej miednicy, wskutek rozrośniętych w szyi nowotworów, wypełniających małą miednicę i zrośniętych z otoczeniem, przedstawiało znaczne trudności. Trudności te sprawiły, że wobec niemożności wytworzenia dobrej szypuły z rozciągniętej, zwyrodniałej i trudnej do oddzielenia szyi macicy, Z., nie chcąc przedłużać zabiegu i tak już groźnego ze względu na stan chorej, odstąpił od pierwotnego zamiaru nadpochwowego odcięcia macicy, i usunął ją doszczętnie sposobem Doyena, trwającym krócej. Mimo zupełnie nieznacznej utraty krwi wskutek zabiegu i dobrego, starannego opatrzenia otrzewnej, stan chorej w pierwszych dniach po zabiegu był b. ciężki wskutek niemożności poprawienia jej odżywienia. W ustach pojawiły się pleśniawki i zupełny brak łaknienia. Po 14 dniach dopiero zauważono zwrot ku lepszemu i powrót do sił, do zdrowia.

4) Jako ostatni okaz, wreszcie, Zaborowski przedstawia macicę, pękniętą podczas porodu samoistnie, i usuniętą cięciem nadpochwowem. Chora rodziła po raz trzeci. W wywiadach—odklejanie łożyska w drugim porodzie, i przed dwoma laty łyżeczkowanie. Chora do szpitala zgłosiła się z przedwczesnym porodem w VIII miesiącu ciąży. Już w szpitalu, w parę godzin po wstąpieniu, nagle wystąpiła zapaść. Szymański, wezwany, stwierdził pęknięcie macicy i główkę dziecka tuż pod powłokami brzucha. Wezwany Z. dokonał laparotomii. W jamie brzusznej powódź wód płodowych, które nie odeszły uprzednio, krwi płynnej i skrzepów. Usunąwszy płód, Z. stwierdził, że dno macicy, na którem przytwierdzone było łożysko, właściwie biorąc, nie istnieje. Przez wielki otwór o brzegach poszarpanych, do których na $^1/_3$ obwodu przytwierdzone jest również brzegiem, wiszące do jamy brzusznej łożysko, wyłania się głowa i barki płodu. Usunąwszy płód i osuszywszy otrzewną, usunął macicę cięciem nadpochwowem. Wobec ogromnego braku ściany w dnie macicy i poszarpanych brzegów otworu, a przedewszystkiem wobec ciężkiego już stanu chorej, ten zabieg, jako najkrótszy, wydawał się Z. najwięcej wskazanym. Stan chorej, nie budzący nadziei w ciągu pierwszych godzin po zabiegu, polepszał się stopniowo, tak że na 17 dzień przedstawić ją można z raną zagojoną przez rychłozrost na posiedzeniu. Pomyślny przebieg i zejście Z. przypisuje głównie zachowanym wodom płodowym i szybkości zabiegu, który trwał 35 minut.

3. *Bacciarelli* przedstawił okaz operowanej przez siebie torbieli, zajmujący z tego powodu, że guz zropiały, wielkości główki noworodka, miał szypułę grubości półtora palca, wychodzącą z sieci, nieruchomy wskutek otaczającego go wysięku po przebytem poronieniu. Z torbielą był tak mocno zrośnięty wyrostek robaczkowy ślepej kiszki, że musiał być usunięty razem z guzem.

4. *Borysowicz* przedstawił macicę, usuniętą przez pochwę z powodu mięsaka. Chora B. zgłosiła się do Borysowicza 13 maja r. z. Zamężna od

lat 14, urodziła dzieci 5-ro, ostatni poród przed 4 laty. Przed 9-ma miesiącami zaczęły się peryody obfite i długie 8—14 dni co 28—30 dni. W listopadzie roku zeszłego w Kijowie zrobiono wyskrobanie macicy i wyjęcie guza, który okazał się sarcoma endotheliale. W grudniu r. z., po 6 tygodniach od czasu operacyi, chorą wyskrobał w Warszawie Dr. Brzezińskij i nic złośliwego nie znalazł. Chora trzykrotnie przyjeżdżała do Brzezińskiego na obserwacyę. D. 13 maja zgłosiła się do Borysowicza. Podczas badania okazało się, że macica odpowiada wielkością 2 miesiącom ciąży z wystającą guzowatością z lewej strony trzonu. Preparaty kijowskie, przywiezione przez chorą, przedstawiały rzeczywiście mięsak, wobec czego zaproponowano chorej usunięcie przez pochwę macicy wraz z jajnikami, na co chora zgodziła się. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy.

Nowotwór wyrastał z dna macicy i wypuklał się do jamy trzonu, jako różowy miękkawo sprężysty guz wielkości dużej śliwki. Ponad przyczepem tego nowotworu w górze w dnie macicy mały guzik pomiędzy mięśniami. Jajniki zdrowe. W lewej ścianie trzonu włókniak wielkości jaja gołębiego. Jak wykazało badanie drobnowidzowe, dokonane w pracowni zakładu, nowotwór był mięsakiem.

5. *Klein* wygłosił odczyt pod tytułem: „Spostrzeżenia nad krwawiączką u kobiet i jej leczeniem“.

Odczyt ten in extenso wydrukowany zostanie w „Gazecie Lekarskiej“.

BR. SZYBOWSKI.

Posiedzenie dnia 28 czerwca 1912 r.

1. *Neugebauer* przedstawił pacyentkę po wyleczeniu operacyjnem z moczotoku pochwowego. Chora lat 34, zamężna od lat 17, urodziła czworo dzieci donoszonych i 5 razy poroniła. Ostatni poród odbył się przed 4 laty. Dziecko donoszone nieżywe wydobyto kleszczami, powstała duża przetoka moczowa: fistula uterovesicovaginalis profunda. Przetokę dwukrotnie zeszywał Dr. Zander w Aszabadzie, gdzie chora zamieszkiwała dawniej. Operacye nie powiodły się i chorej oświadczono, żo niema celu operacyi dokonać po raz trzeci, ponieważ nie uda się. Pacyentka przybyła do Warszawy przed 2 laty, i dnia 22 sierpnia została przyjęta do szpitala Ewangelickiego. Cała przednia warga ust macicznych zniszczona, a więc jej nie było — otwór kanału szyi skierowany był do wewnątrz pęcherza moczowego: Intussusceptio vesicalis colli uteri. Pomiędzy otworem kanału szyi a brzegiem przetoki tkanek nie było więcej, niż na kilka milimetrów grubości. Można było cięciem poprzecznem oddzielić pęcherz od szyi macicznej i przetokę pęcherza zaszyć bezpośrednio sposobem Kuestnera. Neugebauer jednak tego nie uczynił, a zeszył poprostu tylną wargę ust macicznych z dolnym brzegiem przetoki. Operacyi dokonał bez uśpienia w położeniu kolanowołokciowem. (Kolpometrosynthesis cruenta posterior). Nałożono 7 szwów z drutu miedzianego. 7-go dnia szwy usunięto. Rychłozrost. Od czasu operacyi upłynęło blizko 2 lata. Miesiączka prawidłowa wydzielała się per vesicam et urethram. Neugebauer w tym sposobie postępowania upatruje wielki awantaż dla chorej, głównie dlatego, że nietylko

w sposób bardzo prosty i łatwy wyleczona została z moczotoku, ale równocześnie usunięta została możność nowego zapłodnienia, wyłączone zostało niebezpieczeństwo nowego porodu!

W danym przypadku wynik operacyi jest znakomity. Pacyentka osobiście wyraziła swe zadowolenie z tej operacyi przy demonstracyi, mówiąc, że dolegliwości żadnych niema. Operacya ta różni się od zwykłej kolpokleizy tem, że pochwa zachowuje poprzednią głębokość, co ma pewne znaczenie względem kohabitacyi.

BR. SZYBOWSKI.

Posiedzenie d. 27 września 1912 r.

1. *Monsiorski* przedstawił:

1) Okaz raka lewego jajnika. Guz olbrzymi, wagi 20 funtów, pochodzi od chorej M. Ł., lat 50; chora przed 6 miesiącami straciła peryody, które poprzednio były zawsze regularne, typu 2 — 3/IV. Urodziła 10 razy, ostatni raz przed 5 laty. Poroniła 2 razy, ostatnio przed 10 laty. Guz zauważyła jakoby dopiero przed rokiem, i od tego czasu miał się on szybko rozwijać.

Podczas operacyi stwierdzono b. dużą ilość płynu w jamie brzusznej; płyn był z początku przezroczysty, pod koniec nieco krwawy. Guz był zrośnięty płaszczyznowo z kiszką cienką i z siecią; po uwolnieniu ze zrostów okazała się potrzeba zszycia surowicówki kiszki.

Guz ma powierzchnię nierówną, kształt kulisty; na przekroju widać korę bardziej zbitą, a wśród niej jakby gniazda wybitne odmiennej tkanki; sam środek guza w znacznej części zajęty jest tkanką, wyglądem przypominającą tłuszcz. Na przekrojach jam nie widać albo wcale, albo też bardzo maleńkie. Mikroskopowo niektóre miejsca dają typowy obraz raka, inne zaś—składają się wyłącznie z tkanki łącznej, a jeszcze inne — dają obraz masy bezkształtnej, ziarnistej, wśród której gdzieniegdzie widać pojedyncze komórki. Po pokazaniu preparatu makroskopowego i mikroskopowych, M. zwrócił uwagę na to, że stałe guzy jajnika są wogóle dość rzadkie, a wśród nich raki stanowią kategoryę najmniej liczną. Jeżeli zaś brać za punkt wyjścia epikryzy wogóle raki jajnika, to wśród nich najliczniejsze są raki torbielowate; po nich dopiero idą zbite, ale wśród ostatnich przeważają znów raki miękkie, rdzeniakowate; dany preparat i pod tym względem należy do najrzadszych, jako że zbitość jego była twarda.

2) Rak kikuta po wycięciu nadpochwowem macicy (preparat mikroskopowy). Historya chorej, niezmiernie zajmująca, daje się streścić w następujących danych. Pierwszy peryod w 18 roku życia, potem 3—4/IV niebolesny. Za mąż wyszła w 23 roku życia, nigdy nie urodziła, nie poroniła, obecnie liczy lat 39. Przed $2^1/_2$ laty spadła ze schodów, i od tej chwili chora. Po 6 miesiącach leczenia chorej w Łodzi, wypuszczono przez sklepienie pochwowe sporo ropy. Wkrótce jednak chwilowa poprawa pooperacyjna znikła, chora tedy udała się na kuracyę do Wrocławia do prof. Kuestnera. Tam leczono ją tamponami przez 4 tygodnie; znów chwilowa poprawa, wyjazd do Ciechocinka. W Ciechocinku pogorszenie, i odtąd stan

chorej pogarszał się coraz bardziej. D. 15 grudnia 1910 roku przybyła do szpitala Wolskiego. Tu stwierdzono olbrzymie powiększenie macicy; dno sięgało niemal do pępka, sama macica zlewała się prawie w jedną całość z olbrzymio powiększonymi prawymi przydatkami; lewe przydatki wielkości małej pięści, nieruchome, twarde. Wogóle z powodu nacieczenia tkanki łącznej miedniczej granice pojedynczych organów wyczuwają się z trudnością. Jednocześnie zmiany początkowe gruźlicy płucnej, oraz gorączka.

Dłuższy czas chorą obserwowano, leczono okładami, gdyż stan ogólny macicy nie pozwalał na wykonanie cięższego zabiegu. Wreszcie 23 marca przystąpiono do operacyi. Laparotomia wzdłuż smugi białej: liczne zrosty z trzewami, usunięcie zrostów b. trudne; otwarcie z obu stron przymacicza; usunięcie prawostronnej torbieli jajnika międzywięzadłowej; usunięcie ropniaka jajowodu z lewej strony, usunięcie macicy nadpochwowe. Peritonisatio niemożliwa. Wzdłuż lewych wielkich naczyń miedniczych nacieczenie twarde, które technicznie niepodobieństwem było usunąć. D. 7 czerwca 1911 roku chora opuściła szpital w najlepszym stanie zdrowia.

Przed kilku tygodniami zjawiła się ponownie z krwawieniem z pochwy, trwającem od 3 miesięcy (a więc wystąpiły prawie w rok po pierwszej operacyi w szpitalu Wolskim). Badanie wykazało obecność rozpadającego się nowotworu w kanale pozostawionego kikuta macicy. Kikut zgrubiały wydaje się być w pewnej łączności ze stwardnieniem wzdłuż naczyń miedniczych, o którem wyżej była mowa.

Chorej na razie wyskrobano częściowo nowotwór kikuta dla badania mikroskopowego. Mikroskop wykazał istnienie raka. Należało wobec tego przystąpić do wycięcia kikuta macicy, jakkolwiek zawsze była wątpliwość co do owej twardej masy na naczyniach. Przed operacyą przystąpiono do zbadania moczu, i tu okazało się $12^0/_{00}$ białka, wałeczki szkliste i t. d. Wobec tych danych Mon. zrezygnował z wycinania kikuta, wyskrobał dokładnie i chorą wypisano ze szpitala.

Przypadek powyższy jest nową ilustracyą do kombinacyi guzów, która stanowi temat ostatniej pracy M.

3) Przedstawiając oba preparaty, M. przy okazyi przedstawia odmienny sposób peritonizacyi, mianowicie inne prowadzenie szwu. Szew taki pozwala nie zostawić w jamie brzusznej nitki, chyba tylko początkowy i końcowy węzeł (choć i tych uniknąć można). Szyje się w ten sposób, że w jeden płat otrzewnej igłę wkluwa się od spodu, a w drugi od wierzchu. W ten sposób nitka idzie ukośnie pod raną, a w jamie brzusznej widać tylko pojedyńcze punkty poprzecznego kierunku nitki. Dla jaśniejszego zrozumienia rzeczy M. przedstawił igłę z nitką i szew na kawałku płótna.

4) W imieniu współpracownika swego szpitalnego, kol. Kolińskiego, M. przedstawił wynaleziomy przezeń przyrząd do szybkiego zahaczania końców serwet, używanych podczas laparotomii do ochrony trzew. Jest to pinceta Kochera, do której przymocowano rodzaj trapezu (jako figura geometryczna) metalicznego, otwieranego sprężynowo na jednym z boków. Każda serweta ma na jednym końcu tasiemkę, zakończoną pętlą. Pętla nakłada się na trapez i przez proste pociągnięcie wpada do środka, nawle-

kając się eo ipso na brzeg trapezu. Sam przyrząd przymocowuje się do serwet, okrywających pole operacyjne. M. sądzi, że potrzebę takiego przyrządu odczuł najpierw C. Stankiewicz, wynajdując takowy; myśl więc wyszła od Stankiewicza. Przyrząd zaś kol. Kolińskiego jest dalszem udoskonaleniem w dążeniu do zadośćuczynienia tej samej potrzebie.

(Streścił mówca).

2. *Szymański* przedstawił preparat macicy, wyłuszczonej przezeń drogą pochwową z powodu włókniaka, usadowionego w szyi macicy, przy pomocy kolegów Zaborowskiego, Janczewskiego i Byknera. Włókniak wyrastał pod śluzówką, był wielkości główki noworodka i wypełniał dość szczelnie miednicę małą. Część guza wyczuwała się w miednicy wielkiej. Z boku guza wyrastał drugi i, jak się zdawało, wypełniał prawy dół biodrowy.

Ze względu na trudności techniczne, które mogłyby powstać podczas operacyi brzusznej, a szczególniej z obawy przed przecięciem moczowodów, wyszukaniu których mógł przeszkadzać guz szyi, wybrano drogę pochwową, jako łatwiejszą i nastręczającą mniej trudności technicznych.

Wyłuszczenie guza podśluzowego nie było łatwe a to ze względu na ścisły zrost tegoż ze zwyrodniałym mięśniem szyi i trudny dostęp do górnych części guza. Dla ułatwienia wyłuszczenia, kiedy przez pociąganie silne oddzielić guza od łożyska nie było możności, dokonano colpocoeliotomiae ant., a wtedy po przecięciu szyi macicy od przodu, przez silne pociąganie za pomocą grajcarka Marion-Simsa i odłuszczanie od łożyska nożem Segonda, wydobyto włókniak całkowicie.

Pozostałą cienką szyję macicy zwyrodniałą i zmiażdżoną obawiano się pozostawić, aby nie narażać chorej na następstwa zgorzeli i zakażenia, przeto natychmiast przystąpiono do wyłuszczenia macicy.

Przebieg pooporacyjny był pomyślny. Chora nie gorączkowała, a rana po 14 dniach zabliźniła się prawie doszczętnie.

Przypadek powyższy dotyczył kobiety — wieloródki, lat 40. Objawy: krwotoki i ucisk na pęcherz zaczęły występować od $2^1/_2$ lat. Obfite i powiększające się krwawienia, a następnie długotrwałe zatrzymywanie moczu (do dwóch dni) — i to coraz częściej powtarzające się — skłoniły chorą do zdecydowania się na operacyę, zaproponowaną przez S. przed dwoma laty.

3. *Huzarski* wygłosił odczyt p. t. „Leczenie krwotoków poporodowych". Na wstępie H. wylicza szczegółowo przyczyny krwotoków poporodowych, wśród których za najczęstszą uważa bezwład macicy; następnie zastanawia się nad przyczynami bezwładu macicy po porodzie. Co się tyczy leczenia krwotoków poporodowych, to H. stosuje z początku mięsienie macicy, przestrzega jednak przed zbyt energicznem rozcieraniem macicy. Jednoczesne stosowanie mięsienia zewnętrznego i wewnętrznego za pomocą ręki, wprowadzonej do jamy macicznej, H. odrzuca, jako niebezpieczne.

Przestrzykiwanie jamy macicznej gorącą wodą H. odrzuca, jako środek niebezpieczny i barbarzyński. Jednocześnie H. wstrzykuje pod skórę ergotynę. Należy wstrzykiwać ergotynę tylko w pośladki. W silnych krwotokach można dojść do 5 grm. ergotyny. Używa preparatu Denzela. Nie

należy wstrzykiwać ergotyny przed odejściem łożyska, chyba w wyjątkowych przypadkach. Stosował także podskórnie sekakorninę. Gdy te środki zawodzą, H. niezwłocznie przystępuje do tamponowania macicy podług Dührssena gazą jodoformową.

H. opisuje szczegółowo technikę tamponowania macicy, jak ją obecnie stosuje. Następnie zastanawia się nad działaniem tamponu macicy, wylicza zwolenników i przeciwników, zwalcza zarzuty, stawiane tej metodzie, i dochodzi do wniosku, że metoda ta stanowi jeden z najpotężniejszych środków do zwalczania krwotoków poporodowych z bezwładu macicy. Co się tyczy krwotoków, powstałych z uszkodzenia szyi macicznej podczas porodu, to H. za najsłuszniejszą metodę uważa szew. Następnie H. opisuje sposoby zwalczania bezkrwistości, powstałej wskutek krwotoku po porodzie, przyczem wspomina o ilości krwi, jaką chora może stracić bez krzywdy dla zdrowia.

W końcu H. opisuje sposoby leczenia krwotoków poporodowych, stosowane przez innych autorów, a więc stosowanie pęcherza gumowego (colpeurynter) do macicy, wypełnionego wodą (Braun), ucisk tętnicy głównej (aorty) od zewnątrz (Ulsander), pociąganie macicy ku dołowi za pomocą 2 kulociągów, nałożonych na wargi maciczne (Arendt), nałożenie podwójnych kulociągów (Museux) na tętnicę maciczną przez sklepienia pochwowe (Henkel), mocne tamponowanie sklepień pochwowych i samej pochwy wałkami z waty (Menge), w końcu przy niedających się powstrzymać krwotokach—wyłuszczenie macicy przez pochwę (Chrobak), lub przez cięcie brzuszne (Braun).

Co się tyczy postępowania Momburga w krwotokach poporodowych, to H., wobec małego własnego doświadczenia, powołuje się na zagranicznych autorów. Wszyscy oni są zdania, że należy metodę tę stosować bardzo oględnie; istniejące uszkodzenia trzew brzusznych stanowią bezwzględne przeciwwskazanie.

(Odczyt ten in extenso wydrukowany będzie w „Medycynie").

W dyskusyi Szymański zaznacza, że leczenie krwotoków poporodowych jest jedną z najtrudniejszych i najwięcej odpowiedzialnych spraw, z jakiemi ma akuszer do czynienia. S. nie sądzi, aby krótki odczyt mógł sprawę wyczerpać, a tembardziej aby w dyskusyi rozwinąć ją można było. Chciałby przeto zaznaczyć tylko niektóre punkty leczenia krwotoków poporodowych, a szczególniej uwydatnić ważność pewnych rodzajów pomocy w krwotokach poporodowych i znaczenie niektórych czynników w stosunku do krwotoków podkreślić.

Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że zadaniem akuszera jest krwotokowi poporodowemu zapobiegać, a działanie w tym kierunku opiera się na umiejętnem prowadzeniu okresów porodowych. Niewątpliwe jest bowiem, że część znaczna krwotoków poporodowych powstaje z powodu niedoceniania sił natury, przedwczesnego stosowania środków, przyspieszających rozwiązanie. Pod tym względem jednakowo niepomyślny dla rodzącej ma wynik nadużycie znanych środków, wzbudzających bóle, czy też np. nałożenie kleszczy, kiedy mięsień macicy nie rozwinął należycie swej pracy, lub nastąpiła w tej pracy przemijająca przerwa.

Cały szereg jednak krwotoków poporodowych rozwija się niezależnie od postępowania akuszera, a nawet pomimo jego postępowania zapobiegawczego; krwotoki tego rodzaju pochodzą albo z bezwładu, albo z pęknięć lub też guzowatego zwyrodnienia macicy. Leczenie krwotoków atonicznych jest jednem z najtrudniejszych zadań akuszera. Mięsień nie kurczy się albo dla tego, że jest zwyrodniały lub niedorozwinięty, albo też, że na czas dłuższy utracił zdolność kurczenia się skutkiem rozciągnięcia.

Stosowanie w tych przypadkach zwykłych środków: mięsienia macicy, gorących szprycowań, czy lodowych i innych zawodzi, zawodzi też wspomniane przez prelegenta wprowadzenie zatykadła sposobem Dührssena. Nie pobudza bowiem mięśnia macicy do skurczu, lecz go jeszcze rozciąga, krwotok przeto nie ustaje, lecz trwa w dalszym ciągu i krew przez gazę przesącza się. W takich przypadkach zabiegi zachowawcze nie wystarczają, i zwrócić się wtedy należy do ściśle chirurgicznego postępowania. To zaś postępowanie polega na dokonaniu cięcia brzusznego, wydobycia macicy nazewnątrz rany brzusznej i przewiązanie wężem gumowym ponad raną w sposób podobny, jak to miało kiedyś miejsce przy wykonywaniu odcięcia nadpochwowego macicy metodą zewnątrzotrzewnową. Postępując w ten sposób, znosimy krwotok, który inną drogą opanować nie dał się, a następnie możemy po pewnym czasie dokończyć operacyi nadpochwowego wycięcia macicy, kiedy już mamy możność zupełnie aseptycznego dokonania operacyi. Tu nadmienić wypada, że nieumiejętne mięsienie macicy lub wygniatanie łożyska jest w wielu razach przyczyną krwotoków poporodowych. Zabiegi te bowiem, stosowane gwałtownie, miażdżą mięsień i czynią go na czas dłuższy niezdolnym do kurczenia się.

Niemniej niebezpieczne są krwotoki, gdy łożysko usadowiło się w macicy na miejscu, gdzie rozwija się włókniak; one również wymagają niekiedy zabiegów radykalniejszych.

Takiż charakter posiadają krwotoki z rozdarcia czy pęknięcia macicy, szyi, czy też pęknięcia głębokie pochwy, a szczególniej tylnego sklepienia. Tego rodzaju krwotoki wymagają doraźnej pomocy chirurgicznej, t. j. nałożenia szwów, czy też obkłucia. Wprowadzenie zatykadła Dührssena do macicy w tych przypadkach może okazać się zawodne, a nawet szkodliwe, rozszerzając rozdarcie lub pęknięcie, jeżeli przed wprowadzeniem zatykadła pęknięć nie zaszyto, naczyń nie przewiązano, lub nie obkłuto.

Pod tym względem pouczający jest przypadek, dostarczony do Zakładu S-tej Zofii z miasta. Chora została rozwiązana na mieście za pomocą kleszczy. Po operacyi nastąpił olbrzymi krwotok, który nie ustał po wydaleniu łożyska. Wtedy pochwę wypchano szmatami, wydartemi z prześcieradła, czy też z koszuli, i natychmiast samochodem Pogotowia odwieziono położnicę do Zakładu. Chorą w stanie ostrej niedokrwistości ułożono na stole i spostrzeżono przedewszystkiem, że krwawienie trwa dalej. Po usunięciu szmat płóciennych znaleziono rozdarcie II-go stopnia krocza, głębokie rozdarcie sklepień pochwowych, a szczególniej tylnego, szyja zaś już nie rozdarta, ale była poszarpana i pęknięcia jej dochodziły do ujścia we-

wnętrznego. Za pomocą szwów i obkłuć opanowano krwotok. Ze względu na możliwość więcej niż prawdopodobnego zakażenia resztę rany pozostawiono otwartą; do takiego postępowania skłaniały i obszerne zmiażdżenia tkanek, porwanych w strzępy. Z konieczności więc ograniczono się do włożenia sączka. Chora przechodzi jeszcze stan gorączki o typie ropnicowym.

Na tysiąc z górą chorych w Zakładzie Ś-tej Zofii krwotoki poporodowe stanowią rzadkie zjawisko. Spostrzegano je najczęściej u wieloródek, wyczerpanych częstymi porodami, lub po porodach płodów-olbrzymów (obwód główki 36, 37, 38 cm). Największe jednak utraty krwi wahały się między 800—1300 grm. Ani jedna chora nie zmarła.

Krwotoki opanowywano zawsze za pomocą mięsienia, gorących wstrzykiwań, lub ucisku za pomocą worka, wypełnionego śrutem i ułożonego na ścianę brzuszną po za skurczoną i uniesioną nieco do góry macicą. Prócz tego stosowano sporysz, w wyjątkowych jednak razach podawano dawkę maksymalną t. j. 2,0, następnie zaś wstrzykiwano ergotynę podskórnie i śródmiąższowo.

Co się tyczy pituitryny, S. raz jeszcze poleca, jak to już wcześniej uczynił, zabierając głos w dyskusyi po odczycie kol. Anteckiego, stosowanie jednoczesne w okresie poporodowym ergotyny i pituitryny, stosując bowiem tę kombinacyę mógl niejednokrotnie opanować silny krwotok atoniczny dzięki szybko występującemu tężcowi macicy.

Leyzerowicz jest zdania, że kol. Huzarski nie wyczerpał wszystkich sposobów zapobiegania krwotokom macicznym na skutek bezwładu. Mianowicie, adrenalinę stosować można też wewnątrzmacicznie, nietylko podskórnie. Następnie jeden z rosyjskich autorów proponuje w krwotokach, pochodzących z bezwładu macicy, zaszywanie kilkoma szwami szyi macicznej, wobec czego wytwarzające się w macicy skrzepy będą działały, jako ciało obce w rodzaju tamponu i przyczyniać się będą do potężnego kurczu macicy. Stosowanie adrenaliny L. rozumie w postaci tamponu, zmoczonego w adrenalinie.

Cykowski zaznacza, iż poruszony przez prelegenta temat przedstawia w całej swej rozciągłości rzeczy powszechnie wiadome, znane i w codziennym będące użytku.

Z tego względu C. uważa się za uprawnionego do dorzucenia od siebie garści wiadomości i spostrzeżeń, również elementarnych.

W wielu razach nie pomogą powszechnie stosowane zabiegi, skierowane przeciw atonii macicy po porodzie, z tego jedynie względu, iż przeoczono zbytnie przepełnienie pęcherza moczowego: wystarczy opróżnić pęcherz moczowy, a bardzo często macica sama skurczy się szybko, nawet bez jej mięsienia.

C. niejednokrotnie był świadkiem, jak lekarz poprostu zmęczył się długotrwałem masowaniem macicy, jednak celu dopiąć nie mógł, gdyż zapomniał o opróżnieniu pęcherza moczowego, w którym zdążyła zebrać się niekiedy wprost ogromna ilość moczu.

Śród zabiegów, wobec atonii macicy stosowanych, dużą wartość po-

siada ujęcie dna macicy, o ile to jest możebne, jedną ręką przez powłoki i przyciśnięcie jej do spojenia łonowego.

Nader skutecznym zabiegiem, prawie nigdy nie zawodzącym, jest ostrożne wprowadzenie jednej ręki do jamy macicy, złożenie jej w pięść i masowanie drugą ręką macicy przez powłoki brzuszne nad ręką, w macicy pozostającą. Otrzymać tu możemy szybko bardzo mocny skurcz macicy.

Zabieg powyższy z tego względu ma doniosłe praktyczne znaczenie, iż, wprowadziwszy rękę do macicy, jednocześnie przekonamy się, czy przypadkiem nie pozostały w macicy skrzepy krwi lub łożysko dodatkowe, bez których usunięcia, oczywiście, żadną miarą skurczu macicy otrzymać nie możemy.

Poprostu wysilamy się na przeróżne metody leczenia atonii macicy, jak np. na sposób, polegający na wywołaniu sztucznego wynicowania macicy poporodowej z następczą amputacyą macicy, gdy tymczasem w pierwszym rzędzie pamiętać powinniśmy o zapobieganiu atonii macicy przez przedewszystkiem prawidłowe przeprowadzenie trzeciego okresu porodu.

Nie wolno, tedy, w przypadkach prawidłowych wyciskać łożyska, dopóki nie mamy oznak, iż odkleiło się ono już samoistnie.

Znajdziemy wówczas górną część macicy mocno skurczoną, dolną przeciwnie — rozkurczoną i miękką; tutaj w dolnej części macicy i częściowo w pochwie znajduje się teraz łożysko; macica zwykle in toto odchyla się teraz dnem w stronę prawego podżebrza, z narządów zaś rodnych wypływa nieznaczna struga krwi.

Jeśli teraz ustawimy macicę po środkowej linii ciała, obejmiemy górną część macicy ręką, nieco pomasujemy, i podczas acme skurczu macicę uciśniemy w kierunku ku wyjściu miednicowemu, wraz z jednoczesnem uciskaniem dolnej części macicy palcem wielkim, to prawie zawsze z nadzwyczajną łatwością już odklejone łożysko nazewnątrz wydalimy.

Proponowane przez jednego z mówców tymczasowe nałożenie szwów na ujście zewnętrzne macicy w celu opanowania atonii macicy uważa C. za wprost niebezpieczne: po zaszyciu ujścia zewnętrznego krew, oczywiście, po dawnemu gromadzić się będzie w macicy aż do—śmiertelnego wykrwawienia się chorej.

Przechodząc do sprawy uszkodzeń części rodnych miękkich podczas porodu, C. przypomina o nieustaleniu kwestyi pierścienia skurczowego. Mianowicie — zdaniem jednych autorów — pierścień skurczowy znajduje się powyżej okolicy ujścia wewnętrznego, część zaś macicy, zawarta pomiędzy pierścieniem skurczowym i ujściem wewnętrznem, jest nazywana dolnym odcinkiem macicy; dalej — przez „pęknięcie macicy“ rozumieć należy pęknięcie (zazwyczaj) boku macicy od pierścienia skurczowego aż do ujścia zewnętrznego. Inni atoli utrzymują, iż okolica pierścienia skurczowego ściśle odpowiada okolicy ujścia wewnętrznego; skoro podczas porodu pęknie cały bok macicy, od ujścia wewnętrznego aż do ujścia zewnętrznego, to jak takie uszkodzenie nazwać: „głębokiem“ pęknięciem szyi macicy, czy też — ruptura uteri w zwykłem tego pojęcia znaczeniu?

Monsiorski sądzi, że w krwotokach poporodowych należy działać szybko, oraz w sposób dostępny dla każdego lekarza i w każdych okolicznościach. Tym wymaganiom odpowiada najlepiej wprowadzanie ręki do macicy i mięsienie jej jednoczesne przez powłoki brzuszne. Nie potrzeba wtedy wyjałowionej gazy, którą lekarz prowincyonalny nie zawsze może mieć pod ręką; zbyteczne są wówczas i narzędzia, i pomoc. Można też otrzymać dobre wyniki przez pociąganie szyi macicznej kulociągami ku dołowi, z jednoczesnem mięsieniem macicy i ugniataniem jej w kierunku ku dołowi: naczynia macicy — tętnica i żyła przez to pociąganie macicy zmieniają kierunek przebiegu, co wpływa bardzo dodatnio na zatamowanie krwotoku.

Thieme zwraca uwagę, że w krwotoku poporodowym, zależnym wyłącznie od bezwładu ścian macicy, wstrzykiwania podskórne ergotyny, oraz jednoczesne umiejętne mięsienie ścian macicy w większej części przypadków, dotychczas przez niego obserwowanych, w zupełności zdołały powstrzymać krwotok. Jeżeli powyższy sposób postępowania okaże się niewystarczający, należy z wielką ostrożnością wprowadzić przez ujście maciczne rękę do jamy macicy, wygarnąć przedewszystkiem skrzepy, w takiej zwiotczałej macicy nagromadzone, następnie zbadać dokładnie powierzchnię wnętrza macicy, resp. namacać dające się resztki błon, łożyska lub t. z. łożysko dodatkowe usunąć — a w końcu wykonać podwójne mięsienie macicy. Tamponowania jamy macicy za pomocą gazy, tak gorąco zalecanego przez prelegenta, zastosowywać dotychczas Thieme nie miał sposobności, lecz nadmienia, że obawiałby się je stososować z obawy zbytecznego rozciągnięcia i tak już bardzo zwiotczałych ścian macicy, a nadto z obawy, aby powierzchowne naddarcie błony śluzowej a w części błony mięśniowej w dolnym odcinku macicy, stosunkowo często zdarzające się w czasie porodu, przez forsowne wprowadzanie do macicy en masse gazy nie zamienić na rozdarcie drążące.

Zaborowski zaleca długie pozostawianie łożyska w macicy, bo odgrywa ono rolę naturalnego tampona, drażniącego mięsień i wywołującego skórcze. Najszybszy sposób zatamowania jest wobec nagłości objawów najlepszy. Z. bynajmniej nie odrzuca gorącej irygacyi i stawia ją w jednym rzędzie z masażem na pięści, tamponacyą Dührssena i t. d. Wobec wątpliwej aseptyki, zwłaszcza w praktyce prywatnej, tamponowanie Dührssena nie jest pożądane.

Huzarski odpowiada Szymańskiemu, że w krwotokach poporodowych wskutek mięśniaka macicy nie pozostaje istotnie nic innego, jak wyłuszczenie macicy, ale, stojąc na stanowisku lekarza praktyka, należy polecić tamponowanie macicy podług Dührssena. Przy wysokiem pęknięciu szyi macicznej i pochwy Braun zaleca otworzyć przednie sklepienie, odseparować pęcherz moczowy i nałożyć klamp na przymacicza, klamp pozostawia się na 24—48 godzin. Lekarzowi praktykowi zaleca się szczelne tamponowanie jamy macicy, szyi i pochwy gazą jodoformową.

Leyzerowiczowi H. odpowiada, że adrenalinę można stosować w krwotokach poporodowych, albo wstrzykując do żył, albo też pod postacią gazy,

zmoczonej w adrenalinie i wprowadzonej do jamy macicznej. Zaszywania czasowego szyi macicy H. nie radzi stosować, gdyż położnica może wykrwawić się do własnej macicy.

Cykowskiemu H. odpowiada, że wysokie pęknięcia szyi macicy, sięgające aż po za ujście wewnętrzne, wkraczają już właściwie w zakres pęknięć macicy i dają się wyleczyć jedynie na drodze operacyjnej przez dokonanie cięcia brzusznego z następczem zeszyciem uszkodzenia. Rękoczyn ten dostępny jest jednak tylko lekarzowi, obznajmionemu z techniką operacyjną, dla lekarza praktyka przypadki te są stracone wskutek nie dającego się powstrzymać krwotoku.

Monsiorskiemu H. odpowiada, że brak gazy nie powinien być powodem do niestosowania tamponowania macicy. H. ma zawsze w swej torbie akuszeryjnej puszkę Dührssenowską z wyjałowioną gazą jodoformową. Sposób Arendta jest dobry dla lekarza praktyka, ale nie jest to sposób chirurgiczny, gdyż pozostają uszkodzenia szyi macicy, które w następstwie należy zeszyć.

Zaborowskiemu H. odpowiada, że przestrzykiwania macicy po porodzie uważa za niebezpieczne, jednoczesny masaż zewnętrzny i wewnętrzny za niepewny, co się zaś tyczy obawy zakażenia przez tampon, to naodwrót w przypadkach zakażonych tamponowanie jamy macicy gazą jodoformową podług Dührssena jest doskonałym środkiem do powstrzymania zakażenia.

W replice Szymański chciałby sprostować zdanie prelegenta. S. nie przeczy działaniu tamponu Dührssena, pobudzającego mięsień macicy do skurczu w przypadkach, w których bezwład nie doszedł do najwyższego stopnia, ale odmawia znaczenia tamponowaniu metodą Dührssena, oczywiście lege artis dokonanemu tam, gdzie bezwład jest zupełny, gdzie macica o mięśniu zwyrodniałym czy niedostatecznie rozwiniętym utraciła zdolność kurczenia się. Tampon wtedy nietylko nie wzbudza skurczu, ale jeszcze więcej macicę rozszerza, a przeto jest przyczyną jeszcze znaczniejszego krwotoku, a przynajmniej krwotok podtrzymuje.

Monsiorski wcale nie uważa, żeby wprowadzenie ręki do macicy miało znajdować zastosowanie tylko wówczas, gdy niema gazy wyjałowionej pod ręką; przeciwnie, sądzi, że wprowadzenie ręki jest samo przez się metodą, która czyni wożenie specyalnych puszek do tamponowania zbytecznem.

BR. SZYBOWSKI.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawie przybyły ostatnimi czasy dwie instytucye lecznicze. Pierwsza z nich jest to miejski Warszawski Zakład Położniczy. Mieści się on przy zbiegu ulic Karowej i Nadbrzeżnej w rozległym, pod względem architektonicznym nader ładnym i okazałym gmachu.

Trzy jego dwupiętrowe skrzydła od strony Wisły są połączone galeryą, wspartą na przejrzystych przedsieniach, przypominających stare kazimierzowskie budowle. Gmach jest zbudowany wyłącznie z żelaza, betonu i cegły.

Ogólny rozkład jest następujący. Sutereny mieszczą kotły do centralnego wodnego ogrzewania, kotły do gorącej wody, instalacyę wentylacyjną, kuchnię zapasową, piwnice na składy. Parter mieści płatne pokoje dla chorych, obszerny hall, mieszkania lekarza miejscowego, starszej akuszerki, woźnego, stróża i palacza. Pierwsze piętro jest całe przeznaczone dla chorych bezpłatnych, na drugiem mieści się cały dział gospodarczy, a mianowicie kuchnia, pralnia, magiel, mieszkania służby zakładowej i kilku praktykantek, skład bielizny, oddział dla pięciu ciężarnych, które mogą tam oczekiwać czas dłuższy na poród, wreszcie — dział administracyjny, kancelarya, gabinet lekarza naczelnego, pokój lekarski, apteka i pracownia do rozbiorów. Na trzeciem piętrze mieści się duża sala wykładowa dla uczennic szkoły akuszerek. Na strychu mieszczą się motory elektryczne do dźwigów, pralni i magla. Piętra połączone są za pomocą dwu klatek schodowych i dźwigu elektrycznego, tak obszernego, że mieści łóżko z chorą. Oprócz tego dźwigu elektrycznego Zakład rozporządza jeszcze czterema dźwigami elektrycznymi—do przewożenia ciężarów, jedzenia, do brudnej i do czystej bielizny. Sygnalizacya elektryczna, łącząca oddzielne części gmachu, składa się z dzwonków i jedenastu przyrządów telefonicznych. Z miastem łączy Zakład telefon trzyliniowy.

Płatny oddział Zakładu składa się z 11 pokoików, mieszczących jedną lub dwie chore, ma swoją salę porodową i operacyjną. Oddział bezpłatny ma 4 wielkie sale wspólne i separatkę dla ciężej chorych, 2 sale porodowe i salę operacyjną. Rozkład tego oddziału jest taki, że chora, dostawiona do poczekalni, przechodzi kolejno przez salę do badania, zaopatrzoną w łazienkę i klozet, przez salę porodową ewentualnie operacyjną, następnie po odbytym akcie porodu na salę ogólną, aż znów przy wypisie znajduje się u wyjścia w salce wypisowej, gdzie znajduje w osobnej, noszącej № łóżka, szafie swoje ubranie. Sale są widne, słoneczne, zwrócone na południowy wschód. Kurytarze obszerne i widne, wyłożone kaflami, jak również klozety i zlewowy. Osobne wejście prowadzi do oddziału izolacyjnego, składającego się z trzech podwójnych pokojów, łazienki i klozetu.

Wentylacya o motorze elektrycznym jest tłoczącowyciągowa. Powie-

trze, wpychane z zewnątrz, filtruje się na bębnie przez filtry flanelowe i jest dostarczane z obliczeniem 1 metra sześc. na minutę dla jednego łóżka. Wentylacya może odbywać się zarówno zimnem, jak i ogrzanem powietrzem. Oświetlenie elektryczne na salach ogólnych jest rozmieszczone z boku, do nocnego oświetlenia służą na salach niebieskie lampy. Sale operacyjne posiadają oświetlenie o sile 1500 świec każda, oprócz bocznych przesuwalnych reflektorów. Z specyalnych urządzeń zasługuje na uwagę ogrzewanie górnej sali operacyjnej, gdzie grzeją radiatory, zamurowane w ścianę, a więc zupełnie ukryte. Podłogi na salach chorych są wszystkie z dębowych klepek, ułożonych na asfalcie. Służba jest rozmieszczona po piętrach. Na każdem piętrze znajduje się zapasowa kuchenka do odgrzewania dostarczonych pokarmów. Wyjaławianie bielizny, opatrunków i wody odbywa się przyrządem systemu Lequeux'a.

Zakład posiada ogółem 75 miejsc dla ciężarnych.

Na czele nowej instytucyi stoi lekarz naczelny (Dr. Popiel): ma on do pomocy—pomocnika (Dr. Ryłko); pozatem personel Zakładu składa się z 4 ordynatorów (Drzy: Baraniecki, Bełżyński, Jasielewicz i Kossowski), lekarza miejscowego (Dr. Hubicki), 7 asystentów (Drzy: Ficki, Kaliński, Krąkowski, Łopuski, Maciejowski, Sienicki i Zaleski), starszej akuszerki i jej 2 pomocnic. Służby niższej ma Zakład 20 osób.

Omawiany tu Zakład wraz z Zakładem położniczym pod wezw. S-tej Zofii stanowią bezsprzecznie olbrzymi krok naprzód w rozwoju naszych społecznych instytucyi położniczych.

* *
*

Druga instytucya zawdzięcza swe powstanie inicyatywie prywatnej grona osób dobrej woli, na którego czele stoi Hr. Julia Witołd-Aleksandrowicz. Historya powstania tej instytucyi w krótkich słowach przedstawia się, jak następuje. Przed 10 laty dzięki staraniom i inicyatywie Hr. Julii Aleksandrowicz i Dra Romana Skowrońskiego powstało „Towarzystwo opieki nad chorymi pozaszpitalnymi pod wezwaniem Ś-go Antoniego", które po kilku latach zostało przemianowane na „Towarzystwo opieki nad chorymi niezamożnymi pod wezwaniem Ś-go Antoniego".

Towarzystwo to, posiadając w ustawie swej pozwolenie na otwieranie szpitali, ambulatoryów, przytułków i t. p. w Warszawie i w granicach Królestwa Polskiego, na razie prowadziło tylko ambulatoryum przy ul. Włodzimierskiej № 16, ofiarowane Towarzystwu przez Dra R. Skowrońskiego. Z biegiem czasu, dzięki bardzo oszczędnej gospodarce oraz skrzętnym zabiegom, zgromadziło Towarzystwo nieduży kapitał, który pozwolił na kupno przed kilku laty posesyi, położonej przy ul. Topiel № 14, składającej się z 3 piętrowej kamienicy oraz sporego niezabudowanego placu. Na razie urządzono na parterze przychodnią dla chorych niezamożnych; ostatnimi zaś czasy przerobiono pierwsze piętro na szpital—o jednym na razie oddziale chirurgicznoginekologicznym, który może pomieścić 10 chorych mężczyzn i 10 chorych niewiast; nazwa jego: Prywatny Szpital Towarzystwa opieki nad chorymi niezamożnymi pod wezw. Ś-go Antoniego. Szpital urządzony jest sy-

stemem pokoikowym; obok 5 pokojów dla chorych ma nieduży pokój jadalny, pracownię do rozbiorów chemicznych i histologicznych, pokój—mieszczący umywalnie oraz sterylizatory (dla wyjaławiania bielizny, materyałów opatrunkowych, wody do umywalni oraz narzędzi), 2 sale operacyjne, urządzone podług wymagań współczesnych. Oświetlenie elektryczne, ogrzewanie w części operacyjnej centralne. Kuchnia, pralnia, wanny i inne pomieszczenia gospodarcze znajdują się w suterenach. Prowadzenie szpitala powierzyło Towarzystwo Drowi Ant. Leśniowskiemu. W spitalu mieszka lekarz miejscowy (Dr. Ambrożewicz), oraz felczerka; do pielęgnowania chorych szpital jest zaopatrzony w pielęgniarki.

Powstanie szpitala omawianego, wobec tak dotkliwego, stałego braku miejsc dla chorych chirurgicznych w szpitalach miejskich w chwili obecnej, odpowiada, niewątpliwie, jednej z najpilniejszych potrzeb społecznych.

OD REDAKCYI.

Z daru bezimiennego Redakcya ogłasza niniejszym konkurs na najlepszą pracę doświadczalną lub klinicznolaboratoryjną, oryginalną z dziedziny, pozostającej w ścisłym związku z chirurgią, lub ginekologią i położnictwem.

Warunki konkursu.

1. Konkursem będą objęte prace, wydrukowane w „Przeglądzie Chirurgicznym i Ginekologicznym" od chwili ogłoszenia niniejszego, lub złożone w Redakcyi w rękopisie najpóźniej d. 30 czerwca 1914 r.
2. Autor najlepszej pracy otrzyma rb. 150.
3. Praca, jeszcze nie drukowana a nagrodzona na konkursie, będzie wydrukowana w „Przeglądzie Chirurgicznym i Ginekologicznym" na zwykłych warunkach.
4. Skład sądu konkursowego wyznaczy Komitet Redakcyjny „Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego".

UWAGA. Do Zeszytu niniejszego jest dołączona tablica litografowana kolorowa do artykułu prof. W. Nowickiego „O stosunku chromaffiny do adrenaliny w nadnerczach", drukowanego w Zeszycie I Tomu VIII Przeglądu Chir. i Ginek.

Redaktor **A. Leśniowski.** Wydawca **C. Stankiewicz.**

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.